



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Ressources pour l'élaboration de la proposition de méthode et des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre

Validé par le Collège le 13 juillet 2022

Descriptif de la publication

Titre	Ressources pour l'élaboration de la proposition de méthode et des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre
Méthode de travail	Analyse de littérature
Objectif(s)	Identifier les méthodes et outils utilisés dans les systèmes étrangers de certification et faire le recensement des méthodes et outils disponibles en France pour construire la méthode et fournir des ressources utiles à l'élaboration des référentiels de certification pour les sept professions concernées.
Cibles concernées	Les conseils nationaux professionnels des professions de santé
Demandeur	Ministère. DGOS – Mission définie par l' ordonnance du 19 juillet 2021
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Marie-José Moquet, responsable de l'unité du développement des compétences et amélioration des pratiques (UDCAP) au sein du service des bonnes pratiques (SBP) ; et M. Jacques Vaillant, chef de projet au sein de l'UDCAP Chef de service : Dr Pierre Gabach au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) : directrice Dr Amélie Lansiaux Secrétariat : Mme Samantha Tan
Recherche documentaire	Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès) Aide documentaliste : Mme Estelle Divol Fabre
Auteurs	Dr Marie-José Moquet ; M. Jacques Vaillant Mme Laurence Le Goff (kinésithérapeute, ex-cadre de santé), Mme Michèle Marchi (infirmière, ex-cadre de santé) ; Dr Nesrine Tebbeb (chirurgien-dentiste, attachée de recherche clinique au Centre régional de pharmacovigilance de la Loire) ; M. Rémi Thiviller (infirmier)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 13 juillet 2022
Actualisation	
Autres formats	Ce rapport est accompagné d'un guide " <i>Proposition de méthode pour l'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre</i> », également décliné en synthèse

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2022 – ISBN : 978-2-11-167532-2

Sommaire

Table des matières

<i>Avertissement</i>	7
<i>Contexte de la demande</i>	8
<i>Objectifs et méthode d'élaboration du document</i>	10
<i>Principes généraux d'une méthode et des référentiels de certification</i>	11
<i>1. Les exigences d'une méthode</i>	11
<i>2. Les exigences d'un référentiel de certification</i>	11
<i>Principes généraux de recertification/revalidation dans des systèmes étrangers</i>	12
<i>1. Revue des systèmes étrangers</i>	12
1.1. Le système anglais	12
1.2. Le système canadien	16
1.3. Le système américain	22
1.4. Le système néo-zélandais	24
1.5. Le système australien	24
1.6. Le système belge	27
<i>2. Méthode et outils génériques communs à plusieurs systèmes étrangers</i>	30
2.1. Guides des normes et règlements	31
2.2. Pratique réflexive	32
2.3. Portfolio	33
2.4. Auto-évaluation	34
<i>Principes généraux du maintien des connaissances et des compétences des professionnels de santé en France</i>	35
<i>1. Principes déontologiques</i>	35
<i>2. Obligations réglementaires de formation</i>	37
<i>3. Développement des référentiels métiers et compétences</i>	37
3.1. Les référentiels métiers et compétences validés par le ministère	38
3.2. Les référentiels métiers du CNOM pour les commissions de qualification	40
<i>Axe 1. Maintien et actualisation des connaissances et des compétences</i>	42
<i>1. Principes déontologiques et réglementaires</i>	42
1.1. Codes de déontologie	42
1.2. Obligations réglementaires spécifiques à certaines professions ou spécialités	44

2. Les compétences attendues	46
3. Certification des organismes de formation	46
4. Méthodes et outils développés, en France, pour le maintien des connaissances et compétences	48
4.1. Les méthodes HAS publiées pour le DPC	48
4.2. Une démarche volontaire encadrée par la HAS : l'accréditation des spécialités dites à risque	49
5. Méthodes et outils pour le maintien des connaissances et compétences dans les dispositifs étrangers de recertification/revalidation	50
5.1. Deux dispositifs contributifs : formation continue et DPC	50
5.2. Principes généraux structurant les connaissances et les compétences	50
5.3. Méthodes et outils utilisés dans les systèmes étrangers	51
Axe 2. Renforcer la qualité des pratiques professionnelles	54
1. Principes déontologiques et règlementaires	55
1.1. Codes de déontologie	55
1.2. Obligations règlementaires	55
2. Les compétences attendues	56
3. Méthodes et outils développés, en France, pour les démarches qualité des pratiques professionnelles	59
3.1. Les outils sur les critères de qualité, la gestion des risques et la sécurité des patients	60
3.2. Les démarches qualité de concertation et de coordination des soins	60
3.3. Les méthodes HAS pour le DPC	60
3.4. Les démarches qualité en structure de soins	61
3.5. Les démarches qualité portées par certaines professions ou spécialités	62
4. Méthodes et outils pour les démarches qualité des pratiques professionnelles dans les dispositifs étrangers de recertification/revalidation	65
4.1. Exemples d'activités et d'outils du système anglais	65
4.2. Exemples d'activités et d'outils du système de l'Ontario	66
4.3. Exemple d'outil vidéo du système américain	67
Axe 3. Améliorer la relation avec les patients	68
1. Études et enquêtes de perception en France	68
1.1. Étude Harris pour la fondation MASCF : Regard des Français et des professionnels de santé sur la communication patients-soignants (2014)	68
1.2. Enquête FNIM-BVA, sur « la relation patient-soignant » (2019)	69
2. Revue de littérature sur l'amélioration de la relation avec le patient	69
2.1. Sources de littérature identifiées	70

2.2. Les techniques, méthodes et outils d'évaluation	70
3. Les droits des patients	75
3.1. Droits fondamentaux des personnes	75
3.2. Les droits spécifiques du patient hospitalisé	76
4. Principes déontologiques et règlementaires	76
4.1. Les obligations règlementaires	76
4.2. Les codes de déontologie	76
5. Les engagements et principes portés par certaines professions ou spécialités	79
6. Les compétences attendues pour la relation avec le patient	81
6.1. La profession de chirurgien-dentiste	81
6.2. La profession d'infirmière	82
6.3. La profession de masseur-kinésithérapeute	82
6.4. Les professions de médecin et chirurgien	83
6.5. La profession de pédicure-podologue	85
6.6. La profession de pharmacien	85
6.7. La profession de sage-femme	85
7. Méthodes et outils développés, en France, pour la relation avec le patient	86
7.1. Informer et communiquer	87
7.2. Mesurer la satisfaction des patients	90
7.3. Se former à la relation avec le patient	92
8. Méthodes et outils pour la relation avec le patient dans les systèmes étrangers de recertification/revalidation	93
8.1. Le feedback patient dans le système anglais	93
8.2. Le feedback patient dans le système belge	94
Axe 4. Mieux prendre en compte la santé personnelle des professionnels de santé	95
1. Approche générale des problèmes de santé en France	95
2. Revue de littérature sur les problèmes de santé des professionnels de santé	98
2.1. TMS et professions de santé	98
2.2. Situation de burnout et souffrance professionnelle	101
3. Revue de littérature sur la prévention pour l'état de santé des professionnels	106
3.1. Recommandations internationales	106
3.2. Facteurs personnels contribuant à la qualité de vie au travail	106
3.3. Des mesures préventives	107
3.4. Amélioration du bien-être en situation professionnelle	109
3.5. Des outils d'évaluation de l'état de santé des professionnels	111

4. Les recommandations et plans nationaux en France	111
4.1. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail	111
4.2. Recommandation de la HAS concernant les outils de repérage du burnout	112
4.3. Propositions par la HAS de mesures organisationnelles pour les établissements de santé et certification des établissements	113
4.4. Les grands axes structurant la santé au travail	114
4.5. La place de la QVT des soignants dans la certification des établissements de santé	116
4.6. Préconisations des institutions professionnelles	117
5. Méthodes et outils développés, en France, pour la prise en compte de l'état de santé des professionnels de santé	118
5.1. Repérage et prise en charge de syndrome d'épuisement des professionnels	118
5.2. Le programme aide solidarité soignants (PASS) et le 0800 288 038, numéro national d'aide aux soignants	119
5.3. Des associations d'aide et de soutien pour les professionnels de santé	120
5.4. Des référents risques psychosociaux pour les masseurs-kinésithérapeutes	120
5.5. Les unités de soins pour les soignants en souffrance psychique (USPS)	121
5.6. « Dis doc, t'as ton doc ? » du Collège français des anesthésistes réanimateurs	121
5.7. DIU soigner les soignants	121
5.8. Guides d'aide à la prévention publiés par le ministère du Travail, l'ANACT et l'INRS	122
6. Méthodes et outils pour la prise en compte de l'état de santé personnelle dans les systèmes étrangers de recertification/revalidation	122
6.1. Royaume-Uni	122
6.2. Canada	125
6.3. Belgique	126
Table des annexes	127
Recherche documentaire	137
Bases de données bibliographiques automatisées	137
Les sites internet internationaux des sociétés pertinentes cités ci-dessous ont été explorés	139
Références bibliographiques	143

Avertissement

La HAS a pour mission de proposer une méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique commune aux sept professions de santé à ordre.

Ce rapport est une synthèse des données relatives aux quatre axes de la certification périodique des professionnels de santé (*Connaissances et compétences ; Qualité des pratiques professionnelles ; Relation avec le patient ; Santé personnelle*).

Elle est destinée à servir de base aux travaux du groupe de travail chargé de proposer la méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre, et aux structures professionnelles qui devront élaborer les référentiels de certification périodique.

Sont concernées par ce travail sept professions de santé, à savoir les professions de :

- **chirurgien-dentiste ;**
- **infirmier**
- **masseur-kinésithérapeute ;**
- **médecin ;**
- **pédicure-podologue ;**
- **pharmacien ;**
- **sage-femme.**

Contexte de la demande

Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'[ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé](#), dont le contenu est détaillé ci-dessous. Cette ordonnance a été prise en application de l'article 5 de la [loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé](#) qui prévoyait de « *créer une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances* ».

Objectif de la certification périodique

Il s'agit d'une procédure ([ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé](#)) qui concerne sept professions de santé et qui a pour objet de garantir : « *1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ; 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ; 3° Améliorer la relation avec leurs patients ; 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle* ».

La méthode et les référentiels de la certification périodique

La méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique est arrêtée par le ministre chargé de la Santé sur **proposition** de la Haute Autorité de santé et après avis du Conseil national de la certification périodique (art. L. 4022-8.-I du Code de la santé publique (CSP)).

Les missions de la HAS sont complétées par un 18^e alinéa dans le Code de sécurité sociale ainsi rédigé : « *Participer à la définition de la méthodologie d'élaboration des référentiels de certification périodique mentionnés à l'article L. 4022-7 du CSP, ainsi que, à la demande du ministre chargé de la Santé, à leur élaboration. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les délais dans lesquels la Haute Autorité de santé réalise ces missions.* »

Des référentiels de certification périodique par profession ou spécialité définissent les actions à conduire pour valider sa certification (art. L. 4022-7 du CSP). Ils sont arrêtés par le ministre chargé de la Santé après avis du conseil national professionnel compétent. Et le ministre chargé de la Santé peut saisir la Haute Autorité de santé pour avis lors de l'élaboration des référentiels.

Obligations de la certification périodique et contrôle

Elle concerne les professions de chirurgien-dentiste, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de médecin, de pédicure-podologue, de pharmacien et de sage-femme. Et le dispositif s'applique à compter du 1^{er} janvier 2023.

« *Les professionnels de santé doivent établir, au cours d'une période de six ans, avoir réalisé un programme minimal d'actions* (art. L. 4022-2 du CSP) visant à :

- *actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;*
- *renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;*
- *améliorer la relation avec leurs patients ;*
- *mieux prendre en compte leur santé personnelle* ».

Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

Les ordres professionnels compétents contrôlent le respect par les professionnels de santé de leur obligation de certification périodique (art. L. 4022-9 du CSP). Ne pas satisfaire à cette obligation constitue une faute susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire prévue à la quatrième partie du présent code. « *Une procédure disciplinaire ne fait pas obstacle à l'application, le cas échéant, de la procédure de suspension temporaire d'exercice pour insuffisance professionnelle.* »

Les actions réalisées par les professionnels de santé au titre de leur obligation de certification périodique sont retracées dans un compte individuel (art. L. 4022-10 du CSP). Décret en attente.

Instances de la certification périodique

Le Conseil national de la certification périodique est chargé, auprès du ministre chargé de la Santé, de définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la certification périodique. Il doit :

- fixer les orientations scientifiques de la certification périodique et émettre des avis qui sont rendus publics ;
- veiller à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de certification périodique soient indépendants de tout lien d'intérêt ;
- veiller à ce que les actions prises en compte au titre de la certification répondent aux critères d'objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires et aux règles déontologiques des professions concernées.

Objectifs et méthode d'élaboration du document

Les finalités de la certification sont identiques, quels que soient les professions de santé concernées et le type d'activités (avec ou sans soin).

Objectifs

Identifier des éléments structurants pour une proposition de méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique (la proposition de méthode est l'objet d'un guide spécifique) et mettre à disposition des instances professionnelles des méthodes et outils utiles à la mise en œuvre des axes de la certification périodique.

Recherche documentaire

Ce document a été élaboré à partir d'une exploration de pays ayant engagé un processus de recertification ou revalidation. Il est complété par une revue de littérature ciblée sur la description des systèmes afin d'aider à la compréhension sur les quatre axes de la certification périodique. Compte tenu de leur nouveauté dans le système de certification périodique français, une revue de littérature spécifique a été réalisée pour l'axe 3 (relation avec le patient) et l'axe 4 (santé personnelle).

Avertissement

Ce document est un document principalement descriptif des systèmes et des outils.

La revue de littérature n'avait pas pour objectif d'évaluer la qualité des outils utilisés par les professionnels dans les systèmes analysés, ni d'évaluer l'efficacité des systèmes de revalidation ou recertification mis en œuvre.

Principes généraux d'une méthode et des référentiels de certification

1. Les exigences d'une méthode

Une méthode comporte en général plusieurs des étapes suivantes : choix du thème, diagnostic de la situation ou bilan de l'existant, définition de la nouvelle façon de travailler ou construction du nouveau processus, mise en œuvre des actions d'amélioration, mesure de la conformité des actions mises en œuvre par rapport à ce qui a été défini ou mesure de l'amélioration des résultats, le cas échéant, réajustement du processus ou mise en œuvre de nouvelles actions pour atteindre les objectifs (1).

Une **méthode** : c'est un ensemble plus ou moins structuré de principes. Ces principes orientent les démarches et les techniques employées pour parvenir à un résultat (1).

Pour rappel, les productions de la HAS sont fondées sur des exigences communes : 1. gestion des liens d'intérêt ; 2. analyse critique des données de la littérature selon les standards internationaux ; 3. prise en compte des différents points de vue, des professionnels, des usagers, patients ou citoyens, des institutions... en fonction des sujets ; 4. transparence des méthodes ; 5. traçabilité des travaux (2).

2. Les exigences d'un référentiel de certification

Dans le cadre des parcours professionnels, il existe un système de reconnaissance de certifications par l'État. Les principes qui s'y appliquent ne sont pas strictement ceux retenus pour la certification des professionnels de santé. Cependant, certains éléments structurants présentés dans le « Vademecum du répertoire national des certifications professionnelles » peuvent servir de base de réflexion (3).

Un **référentiel de certification** est défini comme un document qui décrit précisément les capacités, compétences et savoirs exigés pour l'obtention de la certification visée.

Il indique les situations dans lesquelles ces exigences sont appréciées, les niveaux à atteindre, les critères de réussite, qui permettent de situer la performance de la personne. Il indique les points à évaluer et les modalités de l'évaluation. Dans d'autres cas, il identifie les combinaisons de compétences dont la maîtrise doit être vérifiée (objectifs de certification).

L'évaluation dans un contexte de certification professionnelle a pour objectif de s'assurer que le professionnel a la capacité de mettre en œuvre les compétences attendues dans son activité (4) : c'est l'évaluation certificative. Elle est différente de l'évaluation formative qui se situe dans un contexte de formation.

Évaluation certificative

Elle a pour objet d'attester la maîtrise de la mise en œuvre de compétences.

Évaluation formative

Elle a une finalité pédagogique en ce sens qu'elle s'inscrit dans la dynamique d'apprentissage et permet de positionner la situation de l'apprenant dans ce processus.

Principes généraux de recertification/revalidation dans des systèmes étrangers

L'objectif de ce préambule est de donner un aperçu général des systèmes analysés dans différents pays pour les professions concernées par la certification périodique en France.

Les professions ne sont pas toutes concernées par des processus de certification/recertification ou revalidation, et les niveaux d'exigence quant aux procédures de maintien des connaissances et des compétences varient. Les principes généraux selon les pays et les sept professions analysées sont résumés dans les tableaux 1 à 8.

Certains points structurants de ces dispositifs sont développés. Et, à titre d'exemple, des méthodes et outils seront détaillés dans les chapitres consacrés à chacun des axes de la certification telle que prévue en France, avec une fiche descriptive spécifique.

À l'issue de l'analyse des systèmes de six pays, il n'a pas été identifié de guide méthodologique de construction d'un référentiel de certification ou revalidation, ni un document qui servirait à écrire un référentiel de certification ou revalidation, ni de référentiel d'actions.

Les modèles analysés ont en commun d'avoir, en général, un guide global qui rappelle les obligations et les attendus avec des documents selon les axes demandés et les professions. Les professionnels disposent donc de plusieurs guides pour les aider à construire leur certification ou revalidation et produire leur évaluation pour les différents axes demandés.

Les exigences sont différentes selon les pays et les professions (à l'exception du modèle australien). Les processus de maintien des connaissances et des compétences sont le plus souvent gérés par les équivalents des ordres professionnels en France. Et la déclinaison des contenus et activités nécessaires selon les compétences ou objectifs attendus est le plus souvent définie par les structures professionnelles.

Ces systèmes sont en adaptation régulière sur la base d'enquêtes et de bilans et certains ont des restructurations importantes en cours ou prévues à brève échéance.

1. Revue des systèmes étrangers

Plusieurs systèmes étrangers ont été explorés, à savoir les systèmes anglais, américain, canadien, néo-zélandais, australien et belge.

1.1. Le système anglais

Il s'agit du système de l'Angleterre, hors les spécificités de l'Écosse, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord.

1.1.1. Les principes généraux

Les sept professions analysées sont soumises, lors de la réinscription obligatoire à leur ordre qui se fait à des rythmes différents selon les professions, à des systèmes de « revalidation » différents quant aux exigences, soit :

- une auto-déclaration de développement professionnel continu (DPC) ;
- un système avec plus d'exigences comprenant des activités d'évaluation et/ou de revalidation variables : heures de DPC incluant de l'apprentissage participatif ; commentaires sur leurs

pratiques (issus de collègues, patients, direction...) ; récits de pratiques réflexives ; discussion de réflexion avec un collègue ou pratique réflexive en lien avec le code des normes de pratiques de la profession ; réflexion sur les événements indésirables graves ; nombre minimal d'heures de pratique ; état de santé (auto-déclaration) et personnalité (sauf pour le *General Dental Council*) ; contrat de responsabilité professionnelle ; validation des documents par un « confirmateur » supérieur hiérarchique ou par un évaluateur agréé.

Les obligations spécifiques à chacune des sept professions au sein du système anglais sont résumées dans le tableau 1.

1.1.2. Les guides de cadrage de la revalidation

Les sept professions ont en commun d'avoir :

- un guide des **normes professionnelles** (avec l'explicatif de l'application de chaque norme) qui est la base du système pour chaque profession ;
- un guide de revalidation ou de DPC qui cadre les exigences et ce que chaque professionnel doit faire pour y répondre ;
- des documents ressources en lien avec chaque axe attendu produits par le *General Medical Council* (GMC) et des déclinaisons par spécialités élaborées par les collèges de spécialités ;
- un engagement dans la **pratique réflexive** (avec un compte dédié à renseigner).

Les guides des normes professionnelles de chaque profession

Ils décrivent les valeurs et comportements professionnels, parfois ils rassemblent également les compétences attendues. Ils constituent un axe important de perfectionnement dans les processus de revalidation :

- connaître le Code et les normes professionnelles attendues ;
- conduire une réflexion quant au rôle du Code dans la pratique et démontrer comment sont appliquées les normes ; que la pratique est en conformité, cohérence, respect de ces normes.

Les normes concernées peuvent différer à chaque cycle de revalidation. Par [exemple, pour les pharmaciens](#), jusqu'en septembre 2022, les trois normes à travailler sont :

- norme 3 : les professionnels de la pharmacie doivent communiquer efficacement ;
- norme 6 : les professionnels de la pharmacie doivent se comporter de manière professionnelle ;
- norme 9 : les professionnels de la pharmacie doivent faire preuve de leadership.

À compter d'octobre 2022, pour le nouveau cycle, les normes seront :

- norme 1 : les professionnels de la pharmacie doivent prodiguer des soins centrés sur la personne ;
- norme 2 : les professionnels de la pharmacie doivent travailler en partenariat avec d'autres ;
- norme 5 : les professionnels de la pharmacie doivent utiliser leur jugement professionnel.

Tableau 1. Résumé des principes généraux selon les professions dans le système anglais

Chirurgiens-dentistes	
Organisme	<i>General Dental Council</i>
Système	DPC renforcé (2018) obligatoire ; cycle de 5 ans ; auto-déclaration annuelle (renouvellement inscription)
Documents cadres du dispositif	Guide du DPC Normes professionnelles équipe dentaire Pratique réflexive
Exigences	100 H de DPC vérifiable sur 5 ans dont au moins 10 heures sur 2 ans Donner un plan de développement personnel avec DPC sur au moins chacun des axes : - communication avec les patients, l'équipe dentaire et d'autres personnes dans l'ensemble du cabinet, notamment lors de l'obtention du consentement, du traitement des plaintes et de l'expression de préoccupations lorsque les patients sont à risque ; - gestion efficace de soi et gestion efficace des autres ou travail efficace avec les autres membres de l'équipe dentaire, dans l'intérêt des patients en tout temps ; - maintien et développement des connaissances et des compétences dans le domaine propre de pratique ; - maintien des compétences, des comportements et des attitudes qui contribuent à la confiance des patients vis-à-vis du praticien et de la profession dentaire et qui font passer les intérêts des patients en premier.
Évaluation	Audit non systématique ; possible jusqu'à 5 ans après la fin du cycle de DPC
Évolution	Enquête auprès de la profession et revue de la littérature, en 2021, pour faire évoluer le système vers un apprentissage tout au long de la vie et mise en place de portfolio. Groupe de travail en 2022 (incluant profession, patients...) et décisions en 2023
Infirmiers et sages-femmes	
Organisme	<i>Nursing and Midwifery Council</i>
Système	Revalidation obligatoire tous les 3 ans
Documents cadres du dispositif	Code des normes professionnelles Guide de revalidation Pratique réflexive
Exigences	450 heures de pratique, ou 900 heures en cas de renouvellement de deux inscriptions (par exemple, à la fois comme infirmière et sage-femme) ; 35 heures de DPC dont 20 heures d'apprentissage participatif. Cinq éléments de rétroaction liés à la pratique (feedback patient et/ou collègues) ; cinq récits de réflexion écrits ; discussion réflexive. Déclaration de santé et de moralité Contrat de responsabilité civile professionnelle
Évaluation	Validation des documents par un « confirmateur » supérieur hiérarchique
Masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues	
Organisme	<i>Health and Care Profession Council</i>
Système	DPC obligatoire. Auto-déclaration tous les 2 ans lors renouvellement inscription
Documents cadres du dispositif	Normes de compétences professionnelles Pratique réflexive
Exigences	Au moins deux types d'activités de DPC. Démontrer que les activités de DPC sont pertinentes pour la pratique, contribuent à la qualité des pratiques et profitent aux patients
Évaluation	Audit de contrôle aléatoire : 2,5 % de la profession (diplômés de plus de 2 ans)
Pharmaciens	
Organisme	<i>General Pharmaceutical Council</i>
Système	Revalidation obligatoire. Auto-déclaration annuelle lors renouvellement inscription
Documents cadres du dispositif	Normes de compétences professionnelles (3 normes à travailler selon les cycles de revalidation) Cadre de revalidation Pratique réflexive
Exigences	Quatre activités de DPC, dont au moins deux doivent être des activités d'apprentissage planifiées Une discussion entre pairs Un compte de pratique réflexive (historique de pratiques, montrer respect normes ; exemples)
Évaluation	Contrôle par un professionnel et un examinateur non professionnel : contrôle aléatoire et contrôle ciblé (retardataires ; mesures correctrices attendues suite au contrôle précédent ; antécédents de mauvais respect des normes de la profession). Commentaires sommaires sur le dossier, si pas contrôlé.
Spécialités médicales et chirurgicales	
Organisme	<i>General Medical Council</i>
Système	Revalidation obligatoire (2012) : évaluation annuelle de l'ensemble de la pratique et des bonnes pratiques médicales et proposition de revalidation tous les 5 ans par un superviseur. Revalidation prononcée par le <i>General Medical Council</i> .
Documents cadre du dispositif	Bonnes pratiques médicales Guide évaluation et revalidation avec des guides spécifiques pour chacun des 6 axes de revalidation Pratique réflexive
6 axes de revalidation	Perfectionnement professionnel continu Activité d'amélioration de la qualité Événements importants ou incidents graves Commentaires des patients Commentaires de collègues Compliments et plaintes
Évaluation	Les preuves et contenus sont revus et validés par un agent référent (un médecin agréé ayant au moins 5 ans d'exercice) ou un organisme agréé. Varie selon les modes d'exercice.

1.1.3. Le développement professionnel continu

Le DPC est entendu sous une acception large, avec des attendus variables selon les professions et il concerne différents types d'apprentissages : une activité de DPC est toute activité à partir de laquelle le professionnel apprend.

Il couvre le développement des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements dans tous les domaines de la pratique professionnelle.

Il comprend des activités d'apprentissage formel (cours, formation continue...) et informel (apprentissage en milieu du travail par la pratique et les échanges professionnels ; activités professionnelles hors des soins comme enseignement, conférences ; activités auto-dirigées comme lecture de revues...).

Les conseils ou les collèges des professions définissent ce qui est acceptable au titre du DPC et ont défini les critères pour les organismes prestataires.

Les professionnels choisissent leurs actions auprès des prestataires accrédités pour des activités de DPC.

1.1.4. La pratique réflexive

La pratique réflexive est définie par l'*Academy of Medical Royal Colleges* par « le processus par lequel une personne réfléchit de manière analytique à tout ce qui concerne sa pratique professionnelle dans l'intention d'acquérir des connaissances et d'utiliser les leçons apprises pour maintenir de bonnes pratiques ou faire en sorte que des améliorations puissent être obtenues dans la mesure du possible » (5). Elle est considérée comme la preuve d'un DPC efficace. Les conseils ont élaboré un document pour encadrer la pratique réflexive fondée sur des principes communs aux professions. Les éléments sont tracés dans un portfolio, le plus souvent électronique.

1.1.5. Exemple du système des professions médicales anglaises

Le système le plus exigeant est celui des professions médicales et chirurgicales. Il est détaillé, à titre d'exemple. Les professionnels doivent faire une déclaration annuelle qui comporte :

- les antécédents d'emploi ou de pratique ;
- la preuve d'une bonne réputation (par exemple, une déclaration de bonne réputation de tout employeur précédent) ;
- une aptitude à exercer et une déclaration de santé ;
- le détail des évaluations annuelles, pour montrer l'engagement continu en revalidation.

1.1.5.1. L'évaluation annuelle de l'ensemble de la pratique

L'évaluation annuelle est effectuée par un médecin agréé. Elle doit répondre aux points suivants, à savoir :

- correspondre au cadre des bonnes pratiques médicales (6) et être conforme au cadre des bonnes pratiques médicales pour l'évaluation et la revalidation (6) ;
- couvrir l'ensemble de la pratique comme indiqué dans le guide des renseignements à l'appui de la revalidation et des conseils d'évaluation (6) ;
- être effectuée avec l'évaluateur et l'évalué dans la même pièce, ou par liaison vidéo, de sorte que chacun soit visible par l'autre ;

- être soutenue par des systèmes et des processus appropriés (par exemple pour vérifier les renseignements à l'appui) ;
- être renseignée dans un formulaire d'évaluation structuré où l'évaluateur et l'évalué fournissent un résumé de la discussion sur l'évaluation.

1.1.5.2. L'engagement dans un processus de revalidation

Les professionnels doivent montrer qu'ils sont engagés dans un processus de revalidation qui est quinquennal et fondé sur une analyse de six points :

- perfectionnement professionnel continu ;
- activité d'amélioration de la qualité ;
- évènements importants ou incidents graves ;
- commentaires des patients ;
- commentaires de collègues ;
- compliments et plaintes.

1.1.5.3. Les outils et guides

Les professions médicales ont pour base commune le « Guide des bonnes pratiques médicales » et les guides généraux de la revalidation produits par le GMC (7).

Les collèges royaux et les facultés de médecine sont chargés d'établir les normes de soins dans leur propre spécialité, de fournir des conseils et des orientations sur les renseignements à l'appui de la revalidation exigés des médecins, afin de démontrer que les normes professionnelles ont été respectées conformément aux exigences du GMC.

Chaque collègue élabore ses directives spécialisées qui sont basées sur le cadre commun afin d'assurer une harmonisation dans l'évaluation pour la revalidation, quelle que soit la spécialité d'un médecin.

L'*Academy of Medical Royal Colleges* met à disposition des outils pour le processus d'évaluation annuelle et de revalidation (modèle d'évaluation à compléter ; modèle de fiche de revalidation pour évaluer sa préparation ; guide d'analyse réflexive ; plan de développement personnel). Les formulaires 2022 sont disponibles en anglais, sur le site de l'[Academy of Medical Royal Colleges](#).

De plus, les 24 facultés et collèges royaux de médecine du Royaume-Uni et d'Irlande, membres de l'*Academy of Medical Royal Colleges*, mettent à disposition des ressources pour chacune de leur profession (programme de DPC, séminaires, apprentissages en ligne, bases de recommandations, et une assistance en ligne agréée...) avec des niveaux d'exigence qui diffèrent.

Les documents et recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) servent aussi de références pour l'évaluation de l'amélioration de la qualité sur certaines pratiques, ainsi que les obligations règlementaires sur les pratiques.

1.2. Le système canadien

Les pratiques de santé au Canada se fondent sur un principe général d'amélioration continue de la qualité. Les sept professions étudiées sont soumises à un processus de recertification régulier (de récurrence variable à la fois en intraprofession selon l'ancienneté de diplôme et en interprofessions).

Le système est articulé sur trois dimensions fondamentales :

- l'obligation de formation continue ou de DPC ;

- l'auto-évaluation préalable à la mise en œuvre d'une démarche de réajustement ;
- les inspections de certification sur le lieu d'exercice du professionnel (notamment en cas de signalement de pratiques non conformes).

La traçabilité écrite (papier ou électronique) des différents éléments est systématiquement recherchée : portfolio pour le suivi des formations et du DPC, dossiers patients ou questionnaire de pratique constituent des éléments matériels pour évaluer la démarche de qualité des professionnels et la conformité des actes délivrés.

L'auto-évaluation est un élément clé, permettant à chaque professionnel de mesurer ses écarts avec l'attendu et de mettre en œuvre les actions adaptées de correction, quelles que soient les dimensions analysées (formation, tenu de dossier, relation thérapeutique, par exemple). C'est le plus souvent en seconde intention qu'une inspection sur le lieu de pratique du professionnel peut être organisée.

Cependant, dans chaque province canadienne, les collèges ou les ordres professionnels ont la possibilité de définir des procédures spécifiques provinciales, répondant à des règles générales définies au niveau national. Elles bénéficient toutefois d'une volonté d'homogénéisation qui vise à permettre la circulation des professionnels sur l'ensemble du territoire du Canada.

1.2.1. Les principes généraux pour la province du Québec

Le principe général des pratiques de santé dans la province du Québec (tableau 2), conformément aux dispositions nationales, s'intègre dans un processus général d'amélioration continue de la qualité en cohérence avec ce qui est nommé par certains « pratiques réflexives » (cf. paragraphe 2.2). Les sept professions étudiées sont soumises à un processus de recertification régulier différent pour chacune.

Le système est fondé sur deux pivots :

- l'obligation de DPC ;
- les inspections de certification sur le lieu d'exercice du professionnel (notamment en cas de signalement ou d'éléments probants laissant entrevoir un potentiel risque).

Les deux éléments peuvent se cumuler pour certaines professions.

Tableau 2. Résumé des principes généraux dans le système québécois

Chirurgiens-dentistes	
Organisme	Ordre des chirurgiens-dentistes
Système	Obligation de formation continue sur thématique libre ou particulière (besoins sanitaires ou déficience du professionnel) et inspection
Documents cadres du dispositif	Normes d'hygiène et de sécurité et normes de pratiques
Évaluation	Visite de vérification générale (respect des normes hygiène et retraitement des dispositifs médicaux, tenue du cabinet, des appareils, des dossiers, qualité de l'exercice, le respect des normes de pratiques), visites d'accompagnement (nouveaux diplômés)
Infirmiers	
Organisme	Ordre des infirmiers et infirmiers auxiliaires
Système	Inspection professionnelle (collective dans le cadre de la surveillance générale des établissements ou individuelle si « faits le justifiant »)
Documents cadres du dispositif	Profil de compétence et code de déontologie
Évaluation	Entretien, évaluation théorique et pratique, à l'issue : remédiation (voire suspension partielle ou totale)
Sages-femmes	
Organisme	Ordre des sages-femmes
Système	Formation continue obligatoire
Documents cadres du dispositif	Normes de pratiques
Évaluation	Respect obligation FC, inspections dites régulières basées sur la vérification : des dossiers, livres, registres, des médicaments et du lieu de pratique, inspections particulières portant sur la compétence professionnelle individuelle.
Masseurs-kinésithérapeutes	
Organisme	Ordre de la physiothérapie
Système	Recertification à 2 ans et de manière régulière (15 % par an)
Documents cadres du dispositif	Code de déontologie et « profil des compétences essentielles »
Évaluation	Questionnaire, dossier patient, portfolio de développement des compétences (mis à jour par le professionnel) incluant une dimension formation. Si alerte : entretien de clarification, examens de dossiers, rencontre directe. Possibilité de remédiation ou suspension partielle ou totale d'exercice.
Pédicures-podologues	
Organisme	Ordre de la podiatrie
Système	Inspection professionnelle
Documents cadres du dispositif	Code de déontologie, règlement professionnel (droit de prescription, par ex.)
Évaluation	Dossiers patients, registres (hygiène, vérification des appareils, par ex.), compétences, qualité des pratiques, obligation de formation continue, inspection sur site
Pharmaciens	
Organisme	Ordre des pharmaciens
Système	Auto-inspection (préliminaire) et inspection sur site (individuelle, circuit du médicament, ciblée) en 4 étapes : rencontre, visite sur site, rétroaction et rapport avec recommandations. Obligation de formation continue.
Documents cadres du dispositif	Standards de pratique, guide d'application des standards.
Évaluation	Conformité des critères selon différents critères permettant avec les indicateurs d'établir une graduation : maîtrisé, à consolider, à corriger, à risque.
Spécialités médicales et chirurgicales	
Organisme	Collège des médecins
Système	Obligation de formation continue, surveillance par indicateurs et amélioration de l'exercice, remédiation (après arrêt, par exemple) selon besoins (DPC, lecture ciblée, tutorat, stages volontaires).
Documents cadres du dispositif	Statistiques médico-économiques, normes et référentiels
Évaluation	Premier niveau : surveillance à l'aide d'indicateurs cliniques ou administratifs (évaluation à distance). Deuxième niveau : évaluation complémentaire de certains (questionnaire et visite). Troisième niveau : évaluation approfondie des besoins de certains médecins (évaluation personnalisée : entretien et visite).

1.2.2. Les principes généraux pour la province de l'Ontario

La province de l'Ontario bénéficie d'un dispositif propre à chacune des professions de santé (tableau 3). Le système est le plus souvent fondé en première intention sur un dispositif d'auto-évaluation et de traçage des indicateurs de qualité.

1.2.3. Les principes généraux pour la province de la Colombie-Britannique

La province de la Colombie-Britannique (tableau 4) bénéficie d'un dispositif assez similaire aux précédentes provinces. Les dispositifs d'auto-évaluation et de traçabilité des indicateurs de qualité sont deux principes forts du dispositif. Ils peuvent être complétés, pour certaines professions, par une évaluation par les pairs organisée avec une interface informatique garantissant l'anonymat.

Tableau 3. Résumé des principes généraux dans le système de l'Ontario

Chirurgiens-dentistes	
Organisme	Collège des chirurgiens-dentistes
Système	DPC-Formation continue ; amélioration de la pratique
Documents cadres du dispositif	Normes de pratiques, lignes directrices et avis de pratiques du collège
Évaluation	Évaluation/contrôle du e-portfolio et outil d'auto-évaluation des pratiques en ligne (PET)
Infirmiers	
Organisme	Ordre des infirmier(e)s
Système	Fondé sur l'autoréflexion et l'apprentissage à vie
Documents cadres du dispositif	Normes et directives professionnelles
Évaluation	Réalisation obligatoire d'une auto-évaluation annuelle, comprenant une réflexion sur l'exercice et l'élaboration d'un plan d'apprentissage. Les infirmiers tirés au sort doivent : identifier deux objectifs d'apprentissage ; élaborer et soumettre un plan d'apprentissage ; réaliser une activité pratique sur le code de conduite
Sages-femmes	
Organisme	<i>College of Midwives</i>
Système	Activités d'auto-évaluation et de perfectionnement professionnel. Évaluation par les pairs et la pratique.
Documents cadres du dispositif	Normes d'exercice et lignes directrices
Évaluation	20 % des SF/an. Contrôle de conformité du portfolio de perfectionnement professionnel, comprenant : auto-évaluation, formation continue et perfectionnement professionnel. Évaluation par les pairs à distance entre l'évaluateur et la sage-femme évaluée (tirée au sort) Évaluation de la pratique, pour les sages-femmes dont le score est inférieur à 75 %, les évaluations de la pratique sont prévues sur leur lieu de pratique.
Masseurs-kinésithérapeutes	
Organisme	<i>College of Physiotherapists</i>
Système	Formation obligatoire et évaluation sur site (tirage au sort)
Documents cadres du dispositif	Les règles et les normes écrites ; les règles et normes non écrites notamment les pratiques généralement acceptées suivies par les physiothérapeutes de l'Ontario.
Évaluation	Sur site : liste de contrôle, examens de dossiers patients et entretiens sur les comportements.
Pédicures-podologues	
Organisme	<i>College of Chiropodists</i>
Système	Formation continue obligatoire et programme d'évaluation des pratiques.
Documents cadres du dispositif	Normes de pratique, de compétences, de code de déontologie, de règlements et de lignes directrices provinciaux et collégiaux.
Évaluation	2 % des membres/an. Tenue du journal personnel de formation (formations suivies et impact sur les pratiques à deux ans) et réalisation auto-évaluation des pratiques ; hétéro-évaluation (examen sur site des plans de soins et traitements, des évolutions comparées des patients).
Pharmaciens	
Organisme	<i>College of Pharmacists</i>
Système	Le programme comprend trois composantes : le portfolio d'apprentissage, l'auto-évaluation et l'évaluation de la pratique.
Documents cadres du dispositif	Code de conduite et d'éthique, standards de pratiques, lignes directrices, notamment : la norme de pratique supplémentaire concernant la sécurité des médicaments et le programme AIMS (<i>Assurance and Improvement in Medication Safety</i>)
Évaluation	Tenue d'un portfolio d'apprentissage : programme d'e-learning du programme AIMS (formation obligatoire). Système d'auto-évaluation (clinique et pratique) prescrit à 20 % des pharmaciens, évaluation pratique, évaluation des connaissances sur sélection.
Spécialités médicales et chirurgicales	
Organisme	<i>College of Physicians and Surgeons</i>
Système	Principe général fondé sur l'autoréflexion, l'auto-amélioration et le respect des exigences en matière de qualité. Intègre une dimension pratique individuelle et pratique de groupe (en institution, notamment). Obligation de DPC : règles définies par des Collège des médecins et chirurgiens du Canada. Possibilité d'une inspection avec trois possibles dimensions : supervision clinique ou suivi pratique ou santé du professionnel.
Documents cadres du dispositif	Référentiels méthodologiques (processus qualité, gestion des données, éthique, gestion...) et de pratique (dossier, communication, clinique médicale...) complétés par des référentiels de pratique (<i>Clinical Practice Guidelines</i>)
Évaluation	Intègre une procédure multiple composée de différents éléments : <ul style="list-style-type: none"> - le sondage sur l'assurance de la qualité par questionnaire ; - le profil de pratique ; - l'examen autoguidé des dossiers ; - l'amélioration de la qualité axée sur les données du praticien ; - le plan d'amélioration de la pratique ; - le coaching. Évaluation par les pairs et à la pratique : inspection pouvant prendre l'orientation d'une supervision clinique ou d'un suivi pratique.

Tableau 4. Résumé des principes généraux dans le système de la Colombie-Britannique

Chirurgiens-dentistes	
Organisme	<i>College of Dental Surgeons</i>
Système	Deux composantes principales (cycles de 3 ans) : <ul style="list-style-type: none"> - Formation continue (portfolio numérique). - Pratique continue (nombre d'heures minimum de pratique requises 900 h/3 ans).
Documents cadres du dispositif	Manuel du dentiste (norme et déontologie), lignes directrices
Évaluation	Contrôle de la conformité des deux indicateurs : formation continue et pratique continue
Infirmiers	
Organisme	<i>College of Nurses and Midwives</i>
Système	Fondé sur le concept de praticiens apprenants tout au long de la vie, qui évaluent et améliorent continuellement leur pratique
Documents cadres du dispositif	Normes professionnelles et normes de pratiques
évaluation	Annuellement, réalisent leur auto-évaluation, qui aide à fixer des objectifs de développement professionnel, et examinent les commentaires de leurs collègues (entretiens formalisés non évaluatifs). Ces éléments sont consignés dans un registre des activités d'assurance de la qualité. Pour les infirmières praticiennes, s'ajoute également examen critique de la documentation des clients. Tous les 5 ans : rétroactions multisources (commentaires des collègues par logiciel garantissant l'anonymat).
Sages-femmes	
Organisme	<i>College of Nurses and Midwives</i>
Système	Fondé sur le concept de sages-femmes responsables du maintien et de l'amélioration de leurs propres connaissances, aptitudes, jugements et compétences tout au long de leur vie de pratique. Tenue d'un registre personnel numérique.
Documents cadres du dispositif	Normes professionnelles et normes de pratiques
Évaluation	Évaluation tous les 3 ans comprenant 2 dimensions : Expérience clinique : les sages-femmes sont tenues de rendre compte des activités cliniques au cours des trois années précédentes DPC : renouveler leur certification en DPC obligatoire pour la poursuite de leurs compétences dans les domaines définis (réanimation néonatale, réanimation cardiorespiratoire, surveillance de la santé fœtale, compétences en matière d'urgence).
Masseurs-kinésithérapeutes	
Organisme	<i>College of Physiotherapists</i>
Système	Le cadre comprend cinq éléments à l'appui de la pratique des physiothérapeutes et de la prestation de soins de physiothérapie de qualité, éléments qui sont employés (si nécessaire seulement pour les deux derniers) : Auto-rapport annuel Perfectionnement professionnel Normes en milieu de travail Évaluation de la performance professionnelle* Remédiation de compétence** * Si auto-rapport, perfectionnement et normes non atteints ou respectés et ** Idem si examen d'évaluation de la pratique professionnelle négatif
Documents cadres du dispositif	Législation, standards de pratiques et code d'éthique
Évaluation	Fondée sur le suivi annuel de l'auto-rapport, du perfectionnement professionnel et normes en milieu de travail
Pédicures-podologues	
Organisme	<i>College of Physicians and Surgeons</i>
Système	DPC avec organismes accrédités
Documents cadres du dispositif	Normes de pratiques et lignes directrices (éditées par l'ordre et par comité mixte professionnels et ministère) ; système règlementaire et code déontologie
Évaluation	Contrôle du respect de DPC
Pharmaciens	
Organisme	<i>College of Pharmacists</i>
Système	Formation continue
Documents cadres du dispositif	Guide de pratique, code de déontologie
Évaluation	Chaque année : formation personnelle complétée par exigences de formation continue du programme de perfectionnement professionnel et d'évaluation renseigné sur un dossier numérique (portail sécurisé)
Spécialités médicales et chirurgicales	
Organisme	<i>College of Physicians and Surgeons</i>
Système	DPC
Documents cadres du dispositif	Normes de pratiques et lignes directrices (éditées par l'ordre et par comité mixte professionnels et ministère) ; système règlementaire et code déontologie
Évaluation	Contrôle du respect de DPC

1.3. Le système américain

1.3.1. Les principes généraux

Le système de certification continue est plus développé chez les médecins. Il est le plus ancien et constitue une source d'inspiration pour les autres professions médicales et paramédicales.

L'*American Board of Medical Specialties* (ABMS) collabore avec les sociétés savantes et professionnelles, les associations médicales, les centres de formation universitaires et les organismes médicaux de formation afin d'offrir des services, des opportunités d'apprentissage et des programmes d'amélioration adaptés aux exigences de certification (8, 9).

Comme dans nombre de pays, le système de recertification ou revalidation est en évolution depuis de nombreuses années (tableau 5). Les quatre composantes de ce système *Maintenance of Certification* (MOC) étaient : le statut professionnel ; l'apprentissage tout au long de la vie et l'auto-évaluation ; l'expertise cognitive ; et la performance dans la pratique. Vu son ancienneté, le système MOC change en tenant compte des avis des praticiens et des différents intervenants dans le système de la santé.

En effet, en prenant en compte des inconvénients de l'ancien système, l'ABMS a décidé de revoir à la fois le cadre et l'objectif de la certification continue des médecins, et a lancé un processus intitulé *Continuing Board Certification: Vision for the Future*. Un groupe de travail de près de trente personnes (médecins, directeurs, représentants de patients, juristes...) a élaboré, en février 2019, le document *The Recommendations of the Vision Initiative Commission* (10), validé et publié dans sa version finale *Standards for Continuing Certification* (11, 12).

L'examen de recertification par période de dix ans a été supprimé et a été remplacé par l'évaluation continue. Ainsi, les autorités américaines ont choisi de privilégier aujourd'hui le terme de *Continuing Certification* plutôt que le terme *Maintenance of Certification*, employé jusqu'alors. Le nouveau système sera appliqué à partir du 1^{er} janvier 2024 (13).

Les composantes du programme *Continuing Certification* (12, 14, 15) sont :

1. professionnalisme et statut professionnel ;
2. apprentissage tout au long de la vie et auto-évaluation ;
3. amélioration de la pratique médicale ;
4. évaluation des connaissances, du jugement et des compétences ;
5. sécurité des patients.

Les podologues américains ont choisi de faire évoluer leur MOC vers le LEAD (*Longitudinal Education and Assessment for Diplomates*) (16), dont l'esprit et la méthodologie semblent assez proches du système *Continuing Certification*. Le nouveau programme englobe les exigences existantes du MOC en matière de formation continue, d'activité et des cas chirurgicaux, mais remplace l'examen de recertification (à la fin du cycle de dix ans) par une évaluation longitudinale (trimestrielle) intégrant un retour immédiat sur leurs performances, pour chaque praticien.

Des systèmes spécifiques reprenant quelques-uns de ces grands principes existent pour chacune des professions. Pour les [pharmaciens](#), le système est très similaire, sur un cycle de sept ans.

Tableau 5. Résumé des principes généraux dans le système américain

Chirurgiens-dentistes	
Organisme	<i>American Board of General Dentistry</i>
Système	Volontaire période de 5 ans
Bases du dispositif	125 h de <i>Continuing Education</i> en sciences cliniques, sciences fondamentales ou la réglementation en relation avec la dentisterie
Documents cadres du dispositif	<i>The Road to Board Certification</i>
Évaluation	Non identifiée
Infirmiers	
Organisme	<i>American Nurses Credentialing Center</i>
Système	Nouvelles exigences janvier 2022. Certification volontaire, tous les 5 ans, possible dans plusieurs spécialités (psychiatrie, gériatrie, urgence, pédiatrie...). Un infirmier peut avoir plusieurs certifications
Documents cadres du dispositif	<i>Certification renewal requirements</i> <i>Certification general testing and renewal handbook</i> <i>Recertification Certification Handbook</i>
Évaluation	1. Crédits de classe A : apprentissage tout au long de la vie et compétence continue Outils : l'auto-évaluation, les démonstrations, les sondages, les études de cas, les simulations et les posttests. 2. Crédits de classe B : perfectionnement professionnel : les activités de développement professionnel
Sages-femmes	
Organisme	<i>American Midwifery Certification Board</i>
Système	2 options : formations continues ou réussite d'un examen ; tous les 5 ans
Documents cadres du dispositif	<i>Certified Midwives, Certified Professional Midwives Clarifying</i>
Évaluation	Non identifiée
Masseurs-kinésithérapeutes	
Organisme	<i>American Board of Physical Therapy Specialties</i>
Système	100 h de formation continue ; tous les 5 ans La certification peut être faite pour avoir un statut de spécialiste dans 10 spécialités (pédiatrie, cardiovasculaire et pulmonaire, électrophysiologie, gériatrie, neurologie, oncologie, sport, femme, vasculaire, orthopédie)
Pédicures-podologues	
Organisme	<i>American College of Foot & Ankle Orthopaedics & Medicine</i>
Système	Modifié en 2020. Passage du MOC de 10 ans au LEAD de 10 ans Tous les 10 ans - évaluation longitudinale : les compétences fondamentales, les connaissances cliniques pour fournir des soins de qualité chaque dix ans Avec tous les 5 ans - 100 crédits de formation continue - Participer à 30 questions par trimestre (QCM) - Maintenir une activité chirurgicale active. Il faut atteindre ou dépasser une valeur seuil - Avoir effectué une chirurgie reconstructive du pied et/ou de l'arrière-pied et de la cheville au cours des deux dernières années.
Évaluation	Valeurs seuils prédéfinies pour la validation d'un trimestre Audit des cas envoyé
Pharmaciens	
Organisme	<i>Board of Pharmacy Specialties</i>
Système	Recertification tous les 7 ans. Nouvelles modalités depuis janvier 2022 Formation continue par des prestataires agréés ou examen de recertification
Évaluation	Avoir le score minimum dans l'examen
Spécialités médicales et chirurgicales	
Organisme	<i>American Board of Medical Specialties (ABMS): 24 ABMS Member Boards</i>
Système	Formation continue tous les 5 ans
Bases du dispositif	Exigences éducatives : auto-évaluations longitudinales (courtes, récurrentes, continues, de suivi) Évaluation professionnelle par des pairs Examen Développement professionnel
Documents cadres du dispositif	<i>Standards for Initial Certification (Approved by the Board of Directors of the American Board of Medical Specialties (ABMS))</i> <i>Standards for Continuing Certification (American Board of Medical Specialties)</i>
Évaluation	CertLink® (plateforme d'évaluations longitudinales) avec un score déjà fixé sur les plateformes Évaluation professionnelle par des pairs Évaluation par vidéo d'optimisation des performances cliniques

Pour les [infirmiers](#), un nouveau système a été mis en place début 2022 (17), détaillé dans un guide (18). Plusieurs types de crédits sont nécessaires pour obtenir une recertification (19, 20).

Pour les [sages-femmes](#), le système est plus simple, avec l'exigence de formation continue ou de passage d'examen tous les 5 ans (21).

1.4. Le système néo-zélandais

1.4.1. Les principes généraux

La Nouvelle-Zélande a mis en place un système de recertification annuelle pour toutes les professions (sauf les podologues). Le système est basé sur le principe de l'obligation de définir un plan de développement professionnel (PDP) argumenté en fonction de la pratique du praticien et ses besoins d'amélioration (tableau 6). L'implication des pairs dans ce PDP est importante (21, 22). Les nouvelles réformes de recertification néo-zélandaise insistent sur l'échange et le partage entre collègues ou pairs. L'audit est le système d'évaluation choisi pour la recertification.

La dynamique générale est une dynamique de pratiques réflexives telles qu'elles sont décrites au Royaume-Uni, par exemple. À noter une particularité liée à la dimension multiculturelle de cette nation qui est intégrée dans les normes du dispositif.

Les modalités pratiques de mise en œuvre sont variables selon les professions.

1.5. Le système australien

Le système australien est caractérisé au niveau de son organisation par une unicité de méthode, intégrant notamment les sept professions concernées en France par la réforme (tableau 7). La dynamique du DPC a été amplifiée et constitue le socle du développement de la qualité jusqu'en 2022. À partir de 2023 s'y ajouteront (outre les dimensions d'honorabilité – équivalentes au casier judiciaire – et pratique de l'anglais) l'exigence d'un minimum d'heures de pratique et l'obligation de protection assurancielle (23-27).

Tableau 6. Résumé des principes généraux dans le système néo-zélandais

Chirurgiens-dentistes	
Organisme	<i>Dental Council</i>
Système	Programme de recertification annuelle obligatoire, nouveau programme depuis avril 2021
Bases du dispositif	<ol style="list-style-type: none"> 1. choix d'un « pair professionnel » et interaction régulière avec lui tout au long du cycle du programme de recertification. 2. plan de développement professionnel (PDP) : revu avec le pair professionnel. 3. réaliser les activités de perfectionnement professionnel (PDA) planifiées 4. auto-évaluation critique du développement professionnel écrite et discutée avec le pair professionnel 5. soumission d'une confirmation en ligne de la part du pair professionnel
Document cadre du dispositif	<i>Your recertification programme Handbook for Oral Health Practitioners</i>
Évaluation	Audit sur les 3 dernières années sur le PDP, les preuves des PDA, la réflexion écrite et les preuves des discussions avec le pair professionnel
Infirmiers	
Organisme	<i>Nursing council of New Zealand</i>
Système	Certificat d'exercice annuel, obligatoire
Bases du dispositif	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60 jours (ou 450 heures) de pratique au cours des 3 dernières années 2. 60 heures de développement professionnel au cours des 3 dernières années Maintien des compétences pratiques : le conseil élabore des compétences attendues des infirmiers
Documents cadres du dispositif	<i>Framework for the approval of professional development and recognition programmes to meet the continuing competence requirements for nurses</i> <i>Competencies for registered nurses</i> <i>Competencies for the nurse practitioner scope of practice</i> <i>Competence assessment form for the registered nurse scope of practice</i> <i>Guidelines for Competence Assessment</i>
Évaluation	5 % des infirmières de façon aléatoire : un audit annuel de recertification L'évaluation faite sur les justificatifs des trois dernières années
Sages-femmes	
Organisme	<i>Midwifery council</i>
Système	Recertification programme sur 3 ans
Bases du dispositif	Compétences d'urgence de sage-femme : annuellement (prise en charge par la sage-femme du collapsus maternel/réanimation de la femme enceinte, réanimation du nouveau-né, urgences maternité) Activités professionnelles 8 h par an (encadrement des stagiaires, mentorat de collègues, participation aux réunions professionnelles des sages-femmes, présentation de cas à des collègues, rôles professionnels comme instructeur, superviseur, délégué syndical) Formation continue de sage-femme 8 h par an (webinaire, cours en ligne, formation postuniversitaire, congrès, réflexion sur un article scientifique) Examen des normes de pratique de sage-femme tous les 3 ans
Document cadre du dispositif	Recertification programme 2020-2021
Évaluation	Tous les 3 ans dont examen des normes de pratique de chaque sage-femme – vérification des attestations
Masseurs-kinésithérapeutes	
Organisme	<i>Physiotherapy Board of New Zealand</i>
Système	Certificats annuels de pratique (<i>Annual Practising Certificates – APC</i>), obligatoires, tous les 3 ans ; modifications en 2020
Bases du dispositif	Plan annuel de développement professionnel (PDP) basé sur la pratique réflexive ; nombre minimal d'heures de pratique (obligatoire) ; nombre minimal d'heures de formation professionnelle continue : 100 heures sur 3 ans (obligatoire) ; trois déclarations réflexives : éthique, culturel et un domaine de pratique professionnelle ; examen par les pairs : obligatoire annuellement
Évaluation	5 % des physiothérapeutes choisis au hasard pour participer à l'audit de recertification
Pédicures-podologues	
Organisme	<i>The Podiatrists Board</i>
Système	DPC : cycle de 2 ans
Bases du dispositif	Minimum 40 heures de DPC, dont des activités obligatoires : 8 heures ; 8 heures composées de : contrôle des infections (3 h), gestion des plaies (2 h), sécurité culturelle (3 h) ; activités de communication professionnelle : 16 h (minimum) ; activités d'apprentissage professionnel : 16 h (minimum) (congrès, séminaires...) ; certificat de premiers secours ou certificat de gestion de l'anaphylaxie (tous les 2 ans). Choix argumenté du thème à suivre selon le modèle SMART
Évaluation	Discussion du plan de DPC avec un confrère connaissant leur pratique, afin d'avoir une vision externe ; audit 20 % choisis de façon aléatoire dans la base de données du conseil
Pharmaciens	
Organisme	<i>Pharmacy Council</i>
Système	Groupes de pairs : au moins 2 fois par an ; plan de développement professionnel chaque année ; réflexion sur la sécurité culturelle ; réflexion critique sur une norme de compétence ou un évènement indésirable de la pratique ; discussions avec un « vérificateur » : 2 discussions par an de 2 à 3 h

Documents cadres du dispositif	<i>Professional development plan and cycles guidance ; Recertification policy ; Recertification Requirements for 2022-23 Professional development plan and cycles, pharmacy council Peer support groups, pharmacy council Verification guidance, pharmacy council Written reflection pharmacy council Professional development plan and cycle, pharmacy council</i>
Évaluation	Audit annuel ; désigner un « vérificateur » sur la plateforme <i>MyRecert</i> , chaque période de 3 ans
Spécialités médicales et chirurgicales	
Organisme	<i>Medical Council of New Zealand</i>
Système	Programme de recertification obligatoire ; modifications en 2021 :
Bases du dispositif	- DPC - discussion annuelle avec un pair, un collègue ou l'employeur concernant l'activité médicale - plan de développement personnel - travail sur les cultures et l'égalité en santé
Documents cadres du dispositif	<i>Recertification requirements for vocationally-registered doctors in New Zealand, November 2019 Policy on recertification programmes for doctors – August 2021</i>
Évaluation	Audit

Tableau 7. Résumé des principes généraux dans le système australien

Les 7 professions	Chirurgiens-dentistes : <i>Dental Board</i> ; Infirmiers et sages-femmes : <i>Nursing and midwifery Board</i> ; Masseurs-kinésithérapeutes : <i>Physiotherapy Board</i> ; Pédiatres-podologues : <i>Podiatry Board</i> ; Pharmaciens : <i>Pharmacy Board</i> ; Spécialités médicales et chirurgicales : <i>Medical Board</i>
Organisme	<i>The Australian Health Practitioner Regulation Agency (Ahpra)</i>
Système	Renouvellement annuel d'inscription
Bases du dispositif	DPC « renforcé » jusqu'à fin 2022 Puis réforme à partir du 1 ^{er} janvier 2023 : les normes générales de renouvellement d'inscription seront communes aux 7 professions Formation professionnelle continue Normes d'enregistrement des antécédents criminels : informer : - Accusé d'une infraction punissable de 12 mois d'emprisonnement ou plus, ou - Condamné ou reconnu coupable d'une infraction passible d'une peine d'emprisonnement en Australie et/ou à l'étranger. Normes d'enregistrement des compétences en anglais : TOEFL (avec un score minimum attendu) Référentiel de pratique : nombre minimum d'heures d'exercice Régimes d'assurance responsabilité civile professionnelle
Document cadre du dispositif	<i>National Competency Standards</i>
Évaluation	Audit : vérification des dispositifs

1.6. Le système belge

Pour les professions concernées (tableau 8), sans tenir compte des particularités pour la région wallonne et la région flamande, il coexiste deux systèmes différents selon les professions :

- soit l'accréditation volontaire pour les médecins, pharmaciens, dentistes et les kinésithérapeutes qui permet une contrepartie d'aide financière pour les professionnels engagés dans la démarche ;
- soit un système obligatoire d'heures minimales de formation continue pour les infirmiers (qui ont des spécialités plus nombreuses dans le système belge) et les sages-femmes.

Pour les **médecins, dentistes et pharmaciens**, le système d'accréditation repose sur :

- des activités de formation continue reconnues par Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), dont une partie doit concerner l'éthique et l'économie, à savoir :
 - o les aspects d'éthique médicale et économiques de sa pratique,
 - o l'utilisation adéquate des soins et leur qualité (comme défini dans l'accord médico-mutualiste en vigueur),
 - o l'amélioration de l'efficacité des relations entre les médecins,
 - o les dimensions éthiques et les implications financières pour la collectivité, en ne négligeant pas les intérêts individuels des patients,
 - o le respect des conventions nationales et internationales en matière d'éthique médicale ;
- des activités de *peer review* au sein d'un Glem (groupe local d'évaluation médicale). Un Glem doit être composé de minimum 8 médecins accrédités ou accréditables et de maximum 25 médecins (sauf pour les Glem de biologie clinique où le terme médecins est étendu aux pharmaciens-biologistes) ;
- un seuil d'activité minimale qui diffère selon les spécialités.

Pour les **kinésithérapeutes**, le système d'accréditation décrit dans « La promotion de la qualité en kinésithérapie. Règlement kinésithérapique 2022-2024. L'asbl Pro-Q-Kine » (28) repose sur un système de promotion de la qualité structuré autour :

- de quatre axes :
 - o gestion des connaissances et compétences,
 - o organisation des soins et de la pratique,
 - o qualité des soins,
 - o informatisation et automatisation ;
- du principe du cycle PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) ;
- de l'autoréflexion.

Pour être accrédités, les kinésithérapeutes doivent également réaliser tous les 3 ans une enquête patient, et montrer annuellement qu'ils respectent les approches de la promotion de la qualité au travers d'activités :

- en lien avec un trajet d'amélioration prédéfini et son évaluation finale ;
- de formation continue dans six sous-domaines :
 1. domaine général de la kinésithérapie,

2. aspects éthiques, socio-économiques et organisationnels de la profession,
 3. symposium fédéral, communautaire ou régional,
 4. symposium international/formation continue,
 5. articles scientifiques dans une revue disposant d'un *editorial board* et/ou d'un facteur d'impact,
 6. auteur d'un abstract scientifique lors d'un congrès ;
- de *peer review* au sein d'un Glek (groupement local d'échanges entre kinésithérapeutes). Ce groupe de kinésithérapeutes organise des *peer reviews* (concertations intercollégiales). Ils comportent au minimum 10 collègues et au maximum 40.

Quant aux **pédicures** (qui assurent les soins d'entretien au niveau de l'épiderme et de l'ongle) et **podologues** (qui sont les spécialistes du soin du pied et traitent toutes les affections), il s'agit de deux professions différentes en Belgique pour lesquelles des formations continues existent, mais sans système obligatoire et sans encadrement spécifique identifié.

Un nouveau système pour les professionnels de santé va être mis en œuvre par l'entrée en application de la [loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé](#) à compter du 1^{er} juillet 2022, notamment par la mise en œuvre de portfolio et de registre des pratiques.

[La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé](#) (également appelée « loi qualité ») s'applique à l'ensemble des professionnels de santé. Elle fixe différentes conditions permettant de garantir la qualité de la pratique des professionnels de santé. Elle crée également une Commission fédérale de contrôle, qui sera chargée d'en contrôler l'application.

L'idée d'instaurer une loi qualité pour les professionnels de santé date d'il y a plusieurs années déjà. La loi a été adoptée par le Parlement en 2019 mais son entrée en vigueur a été postposée au 1^{er} juillet 2022, afin que sa mise en application soit optimale. Toutefois, des dispositions importantes entreront en vigueur ce 1^{er} janvier 2022.

Ces dispositions concernent, notamment :

- la garantie de la liberté diagnostique et thérapeutique des professionnels ;
- l'exigence d'un visa pour exercer ;
- les conditions en termes d'encadrement, de structure et d'organisation de la pratique ;
- la tenue de dossiers pour les patients ;
- l'obligation de continuité des soins ;
- la communication des professionnels au public.

Ces dispositions seront rapidement complétées par la mise en œuvre du portfolio, du registre des pratiques et de la Commission fédérale de contrôle.

Tableau 8. Résumé des principes généraux dans le système belge

Médecins ; pharmaciens ; dentistes	
Organisme	Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)
Système	Accréditation pour 3 ans, volontaire dans le cadre de la qualité des soins. Professionnels accrédités ont un versement forfaitaire annuel pour une partie des frais de formation. Différent de l'agrément qui est l'autorisation d'exercice.
Conditions accréditation	<p>Activités de formation continue reconnues par l'INAMI, classées selon le type d'activité avec des valorisations qui diffèrent, dans le cadre de l'accréditation des médecins et pharmaciens biologistes, dont une partie éthique et</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les formations sans reconnaissance automatique, faire une demande spécifique de reconnaissance (si reconnue, la formation peut alors être intégrée au catalogue). - Être inscrit à un Glem (groupe local d'évaluation médicale) et faire du <i>peer review</i>. - Avoir atteint un seuil d'activité minimal pendant l'année civile précédant la demande (ceci ne s'applique pas aux jeunes médecins dans leurs 4 premières années de pratique) : - En tant que médecin généraliste : un seuil d'activité d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites), soit 1 250 par an - En tant que médecin spécialiste ou pharmacien biologiste : le seuil d'activité prévu par spécialité. <p>Reconnaissance d'activités complémentaires sur demande spécifique (exemples : formation à l'étranger ; publication si revue à comité de lecture (nombre de CP différent selon position dans les auteurs) ; orateur ou modérateur de formation ; formations sponsorisées par industrie pharmaceutique</p>
Évaluation	<p>Suivi du dossier par le groupe de direction de l'accréditation ; dans base informatisée. Dépôts des preuves des participations.</p> <p>Avoir obtenu au minimum 20 unités d'accréditation (crédit point ou CP), au cours d'une période de référence de 12 mois. Parmi ces 20 CP, avoir obtenu au minimum 3 CP dans la rubrique éthique et économie.</p> <p>Avoir participé à minimum 2 sessions du Glem sur 12 mois.</p> <p>Avoir atteint le seuil d'activité minimal.</p>
Documents cadres du dispositif	<p>Catalogue des formations reconnues pour l'accréditation</p> <p>Règles de fonctionnement d'un Glem</p> <p>Dossier d'accréditation en ligne</p>
Kinésithérapeutes	
Organisme	Asbl Pro-Q-Kiné (géré pour l'INAMI)
Système	Accréditation tous les 3 ans ; volontaire ; Prime de l'INAMI fondée sur engagement dans système de promotion de la qualité en kinésithérapie
Conditions accréditation	<p>Critères annuels (définir sa trajectoire d'amélioration et son évaluation ; 40 unités de formation continue ; 1 <i>peer review</i> au choix et 1 à thème préétabli),</p> <p>Critères par période triennale (enquête patients ; liste de conformité du cabinet)</p>
Évaluation	<p>Portfolio numérique PE-online qui répertorie :</p> <p>Les obligations annuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 trajet d'amélioration et son évaluation - 1 <i>peer review</i> au choix et 1 à thème préétabli. Avec trois questionnaires : - Le questionnaire avant : doit être rempli au plus tard 72 h avant le <i>peer review</i> - Le questionnaire après le <i>peer review</i> - Le questionnaire 60 jours après le <i>peer review</i> - Formation continue (pour e-learning : un test final est lié aux cours en ligne et aux e-learning, pour lequel le participant doit réussir à 70 %) <p>Les obligations triennales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 liste de conformité du cabinet - 1 enquête patients (gérée à partir du portfolio ; avoir au moins 10 patients qui répondent ; un rapport anonymisé est généré pour le professionnel)
Documents cadres du dispositif	Promotion de la qualité en kinésithérapie. Règlement kinésithérapeute 2022-2024.
Infirmiers	
Système	Formation continue de 60 heures en 4 ans. Spécialisés (gériatrie ; soins intensifs ; oncologie ; pédiatrie ; diabétologie ; santé mentale ; diabétologie
Organisme	<p>Pas d'organisation spécifique de formation continue ou de certification</p> <p>L'INAMI apporte une aide financière aux actions de formations si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations en rapport avec la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile ; - Formation et/ou entraînement en matière d'actualisation ou de travail <i>evidence based</i> dans le cadre des soins infirmiers à domicile ; - Ces formations peuvent avoir lieu via un pack e-learning si elles réunissent les conditions pour entrer en ligne de compte (organisées par INAMI ou organismes agréés).
Sages-femmes	
Organisme	Conseil fédéral des sages-femmes
Système	Formation continue obligatoire de 75 heures de formation sur 5 ans. Formation librement choisie en adaptation à sa pratique
Évaluation	Attestation de présence
Pédicures et podologues	
	Deux professions distinctes en Belgique. Pas de système identifié.

2. Méthode et outils génériques communs à plusieurs systèmes étrangers

Dans le but de maintenir, mettre à jour, améliorer ou approfondir les connaissances et les compétences, il ressort de la littérature et de l'exploration des sites des sociétés ou institutions chargées d'assurer la certification/recertification/revalidation des professionnels de santé, quatre types de méthodes ou outils qui sont fréquemment utilisés (cf. les paragraphes 2.1 à 2.4) :

- guides de normes (procédure d'évaluation, lignes cliniques, code de déontologie, etc.) ;
- pratique réflexive ;
- portfolio ;
- auto-évaluation.

2.1. Guides des normes et règlements

Définition

Plusieurs types de normes existent et peuvent structurer l'exercice et la procédure de certification (revalidation) :

- un guide des normes professionnelles (avec l'explicatif de l'application de chaque norme) qui peut intégrer les compétences princeps de la profession ;
 - un guide de revalidation ou de DPC qui cadre les exigences et ce que chaque professionnel doit faire pour y répondre ;
 - des documents ressources pouvant répondre à des axes de la certification ou représenter des « bonnes pratiques » comme des lignes directrices ;
 - un code de déontologie ou d'éthique.
-

Usage/méthode

Ces guides servent de base à la structuration de la procédure d'auto-évaluation, elle-même parfois préparatrice d'une inspection sur document à distance ou d'inspection sur site. Ils servent également de référence à la matérialisation de déviance par rapport à l'attendu.

Variantes

Ces documents peuvent être à destination d'une spécialité, d'une profession ou d'un groupe de professions de santé.

Certains ont défini un règlement de la formation continue/du DPC qui définit les procédures à suivre dans le cadre de la certification périodique.

Utilisations possibles

Suivi de procédure pour maintenir sa certification

Contrôle de la conformité lors des auto-évaluations préalables, et lors des hétéro-évaluations (en cas d'inspection sur site notamment)

Base légale lors de différend, de conflit ou d'évènement indésirable

Exemples de références d'utilisation à l'international

Par exemple, en Australie, les infirmiers et sages-femmes ont une revalidation s'appuyant sur des documents spécifiques ([*Certification renewal requirements, Certification general testing and renewal handbook, NP Recertification Certification Handbook*](#)), tout comme les pharmaciens ([*Pharmacy Board of Australia – Codes, Guidelines and Policies*](#)).

Au Québec, les chirurgiens-dentistes bénéficient d'un règlement portant sur la formation continue ([*Foire aux questions – Règlement sur la formation continue obligatoire des dentistes \(odq.qc.ca\)*](#)).

En Australie, une série de documents et guides est mise à disposition des médecins : [*Medical Board of Australia – Codes, Guidelines and Policies*](#)

2.2. Pratique réflexive

Définition

La pratique réflexive est « le processus par lequel une personne réfléchit de manière analytique à tout ce qui concerne sa pratique professionnelle dans l'intention d'acquérir des connaissances et d'utiliser les leçons apprises pour maintenir de bonnes pratiques ou faire en sorte que des améliorations puissent être obtenues dans la mesure du possible » (*Academy of Medical Royal Colleges*).

Usage/méthode

La réflexion n'est pas une description détaillée, mais se concentre sur la rétroaction et les descriptions de la compréhension accrue acquise qui a conduit soit à une affirmation de pratique, soit à un changement de pratique. Les notes sur la réflexion sont destinées à démontrer la pensée analytique, l'apprentissage tiré de diverses sources, y compris la discussion avec les pairs et les superviseurs, et la planification des actions. La documentation de la réflexion se focalise sur l'apprentissage tiré d'un événement et n'est pas une discussion complète du cas ou de la situation. Cette pratique réflexive n'est pas focalisée sur les événements négatifs mais intègre également les situations positives contribuant ainsi à renforcer les bonnes pratiques.

Variantes

La pratique réflexive peut être mise en œuvre pendant et après la situation professionnelle. Elle peut être l'objet d'un travail individuel ou d'un travail en équipe de soins. Au-delà de la démarche générale, elle prend souvent, à l'international, une forme rédigée. Le but de la réflexion écrite est d'encourager une réflexion critique structurée sur les expériences dans la pratique, d'en tirer des enseignements et d'aider à la transformation des expériences en expertise. Le fait d'écrire la réflexion permet une structure et une séquence visibles des processus de pensée. « Plus quelqu'un écrit de manière réfléchie, plus il est susceptible de réfléchir régulièrement dans sa vie quotidienne, de sortir des sentiers battus et de remettre en question les pratiques acceptées. » Sous cette forme, elle constitue souvent un des éléments du portfolio utilisé dans le cadre de la certification.

Il existe quatre modèles de structuration :

- Interrogatif en 3 étapes : Quoi ? Et alors ? Et maintenant ? ;
 - ERA en 3 étapes : Évaluation, Réflexion, Action ;
 - Kolbs qui contient 4 étapes clés : expérience, réflexion, donner un sens à la situation, planification ;
 - Gibbs avec 6 étapes : description, observations, évaluation, analyse, conclusion, planification de l'action.
-

Utilisations possibles

Confrontation avec la littérature, discussion entre pairs, discussion avec un formateur

Exemples de références d'utilisation à l'international

Au Royaume-Uni, un guide est édité pour les infirmiers et sages-femmes (29) et pour les médecins (5).

La pratique réflexive est également utilisée en Nouvelle-Zélande, chez les kinésithérapeutes (22) et les podologues (30).

2.3. Portfolio

Définition

Le portefeuille de compétences, encore appelé *portfolio* par ses créateurs nord-américains, est un dossier personnel documenté et systématique. Il est constitué par la personne en vue d'une reconnaissance des acquis ou d'une validation des acquis. Il est le résultat d'une démarche personnelle et demeure la propriété de son auteur qui reste maître de son utilisation et de sa maintenance.

Usages/moyens

Destiné à recueillir :

- les points d'amélioration des connaissances, des compétences ou des pratiques, les objectifs d'amélioration, les moyens définis pour atteindre ces objectifs et les expériences suivies par le professionnel, notamment au niveau des formations ;
 - l'analyse d'une situation clinique démontrant une capacité et une mise en œuvre d'analyse réflexive personnelle permettant de détailler les problèmes posés, les connaissances nécessaires, les compétences mises en jeu et les modifications (ou renforcements) constatées sur les pratiques professionnelles ;
 - des événements ponctuels ou spécifiques marquants au cours de la pratique ayant eu un impact professionnel. Il peut s'agir de particularités ou de mises au point diagnostiques ou thérapeutiques, d'événements indésirables, de descriptions de projets en cours (thèse, mémoire, recherche), de résultats de recherches bibliographiques ou d'analyse d'articles, de présentations faites au cours de réunions scientifiques, par exemple ;
 - à noter qu'il peut également s'agir d'événements ayant eu, ou pouvant avoir eu, un impact sur l'état de santé du professionnel ou sur sa vie personnelle.
-

Variantes

Initialement conçu sous la forme papier (cahier ou classeur), il est aujourd'hui le plus souvent mis à disposition sous une forme électronique dématérialisée (permettant d'associer des fichiers).

Utilisations possibles

En formation initiale, en formation continue, en DPC

À noter que le portfolio est intégré en France à la formation initiale de plusieurs professions : infirmiers, médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, par exemple.

Exemples de références d'utilisation à l'international

Aux USA [pour les médecins](#) et au Canada [pour les kinésithérapeutes](#), le portfolio est intégré au dispositif de certification périodique.

Au Royaume-Uni, les infirmiers utilisent également le portfolio dont les principes sont explicités (31). Des exemples et des portfolios complétés sont mis à disposition (32).

2.4. Auto-évaluation

Définition

L'auto-évaluation est un acte descriptif et évaluatif effectué par le professionnel concernant son propre travail et ses capacités académiques (33). Cet outil permet aux apprenants de réfléchir sur leurs points faibles et d'avoir une vision auto-critique. Le résultat de cette réflexion aide à la formulation d'un plan éducatif pour compléter les lacunes. L'auto-évaluation peut se rencontrer sous la forme d'un auto-contrôle ou d'un auto-questionnement (34).

Usage

L'auto-évaluation peut cibler des capacités, des procédures, des processus et des productions.

Variantes

L'évaluation formative (intégrée à un dispositif de formation) a pour but d'informer l'apprenant et le formateur du degré d'atteinte des objectifs. L'évaluation formative permet de remédier opportunément à des erreurs ou difficultés qui surviennent en cours d'apprentissage, au formateur d'ajuster son intervention, et au participant de mesurer sa progression.

Utilisations possibles

Dans les modèles internationaux, il est retrouvé deux grandes orientations :

- auto-évaluation pour identifier les besoins de formation (ou les compétences à améliorer) ;
- auto-évaluation visant à identifier les écarts entre les connaissances attendues vs réelles, les compétences attendues vs réelles, les pratiques recommandées vs réalisées, les processus mis en œuvre vs réalisés (auto-contrôle de conformité).

Évaluation formative au décours d'un apprentissage pour mesurer la progression dans l'apprentissage. Il est également proposé l'utilisation de l'évaluation formative pour aider à la mémorisation des connaissances ou rendre possible l'erreur dans un processus d'apprentissage sécurisé (simulation, par exemple). L'évaluation formative fait partie intégrante du processus d'apprentissage et peut être utilisée de manière combinée/alternée avec d'autres modes pédagogiques pour faciliter l'amélioration des connaissances et des compétences.

Exemples de références d'utilisation à l'international

L'auto-évaluation est au Canada pour les médecins un des dispositifs intégrés dans le cadre du DPC : [activités d'auto-évaluation consignées](#).

Aux USA, les pédiatres utilisent un dispositif d'auto-évaluation utilisant la « [question de la semaine](#) ».

Un exemple de dispositif d'auto-évaluation chez les radiologues aux USA est décrit par Darcy (35).

Principes généraux du maintien des connaissances et des compétences des professionnels de santé en France

Les sept professions de santé, quel que soit leur mode d'exercice, sont soumises à des règles de bonne conduite et une obligation de maintien de leurs connaissances et compétences inscrites dans leur code de déontologie, ainsi que dans des dispositions réglementaires.

L'éthique : c'est une réflexion collective, une recherche sur les valeurs humaines confrontées aux évolutions de la connaissance et des technologies. Pour le [Conseil européen des ordres des médecins \(CEOM\)](#), c'est la pensée morale qui sous-tend l'action de ce qui constitue la déontologie.

Les repères qui servent de base à la réflexion éthique conduite par le CCNE sont :

- la garantie et la protection de la dignité humaine ;
- la liberté et l'autonomie ;
- l'égalité et la solidarité ;
- la tolérance et la fraternité ;
- la justice et l'équité.

La **déontologie** : c'est l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession.

Pour le CEOM, la déontologie est l'action concrète codifiée, inspirée de la pensée morale (<https://www.ceom-ecmo.eu/recommandations-deontologiques-143>).

1. Principes déontologiques

Contrairement aux engagements portés par les instances professionnelles, comme le serment d'Hippocrate, qui n'ont pas de valeur légale, les codes de déontologie des professions de santé sont inscrits dans le CSP. Chaque profession dispose d'un code déontologique.

Un travail de réécriture des codes des professions de santé est en cours (pilotage DGOS) avec un objectif de convergence de la terminologie et de la rédaction.

Les codes, en vigueur à ce jour (tableau 9), sont tous structurés autour de plusieurs axes, dont ceux relatifs aux :

- devoirs généraux ;
- devoirs envers les patients ;
- devoirs envers les confrères et les membres des autres professions ;
- modalités d'exercice de la profession ;
- règles relatives aux différents modes d'exercice.

Certains sont accompagnés d'une version commentée, produite par les ordres (ordre des pharmaciens, médecins, infirmiers), afin de faciliter leur compréhension et appropriation par les professionnels concernés.

Tableau 9. Codes de déontologie et textes de référence, selon les professions (avec date de la dernière mise à jour et liens internet)

Profession	Date de mise à jour par l'ordre, dernier décret modificatif et autres textes
Chirurgiens-dentistes	<p>Janvier 2021 Décret n° 2020-1658 du 22 décembre 2020 CSP articles R. 4127-201 à R. 4127-284 https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/les-services/le-code-de-deontologie-francais/</p> <p>Le code européen de déontologie – Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/les-services/le-code-europeen-de-deontologie-fedcar/</p>
Infirmiers	<p>Octobre 2021 Décret n° 2020-1660 du 22 décembre 2020 CSP articles R. 4312-1 à R. 4312-91 https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html</p> <p>2021 Code déontologique du Conseil international des infirmières (CII) pour la profession infirmière https://www.icn.ch</p>
Masseurs-kinésithérapeutes	<p>Février 2022 Décret n° 2020-1663 du 22 décembre 2020 CSP articles R. 4321-51 à R. 4321-145 https://deontologie.ordremk.fr/</p>
Médecins	<p>Février 2021 Décret n° 2020-1662 du 22 décembre 2020 CSP articles R. 4127-1 à R. 4127-112 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf</p> <p>Charte européenne d'éthique médicale (Conseil européen des ordres des médecins, 2021) http://www.ceom-ecmo.eu/view/charte-ethique</p> <p>Recommandations déontologiques (Conseil européen des ordres des médecins, 2023) http://www.ceom-ecmo.eu/view/recommandations-deontologiques#</p> <p>Serment d'Hippocrate (revu par le Conseil national de l'ordre des médecins en 2012) https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate</p> <p>La déclaration de Genève ou serment du médecin (revu par l'Association médicale mondiale en 2017) https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/</p> <p>Déclaration d'Helsinki sur la sécurité du patient en anesthésie (Société européenne d'anesthésiologie, 2010) https://cfar.org/images/stories/Documents/helsinki_declaration_safety.pdf</p>
Médecins militaires	<p>Décembre 2008 Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019494447#:~:text=Le%20praticien%20des%20arm%C3%A9es%20doit,la%20fa%C3%A7on%20la%20plus%20appropri%C3%A9e</p>
Pédicures-podologues	<p>Décembre 2020 Décret n° 2020-1659 du 22 décembre 2020 CSP articles R. 4322-31 à R. 4322-99 https://www.onpp.fr/deontologie/le-code-e-deontologie/</p>
Pharmaciens	<p>Code en vigueur juillet 2009. Octobre 2021 (projet validé par l'Ordre national des pharmaciens, en attente de publication au CSP) Décret n° 95-284 du 14 mars 1995 CSP articles R. 4235-1 à R. 4235-77 http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie</p> <p>Serment de Galien (mise à jour par l'Ordre national des pharmaciens en janvier 2014) http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Comment-devenir-pharmacien/Serment-de-Galien</p>
Sages-femmes	<p>Mai 2021 Décret n° 2020-1661 du 22 décembre 2020 CSP articles R. 4127-301 à R. 4127-367 https://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/</p>

2. Obligations réglementaires de formation

Les professionnels de santé sont soumis à des obligations réglementaires de formation qui ont évolué depuis 1996, passant du dispositif de formation médicale continue à l'évaluation des pratiques professionnelles puis au développement professionnel continu qui s'applique désormais à toutes les professions de santé.

Obligation de la **formation médicale continue** par l'ordonnance d'avril 1996. Revue par la loi de mars 2002 et le décret de novembre 2003 ; la formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique.

Mise en place de l'obligation **d'évaluation des pratiques professionnelles** par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les méthodes seront développées par la HAS.

Le dernier dispositif en date est le **développement professionnel continu**, instauré par la loi HPST (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)), revu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (article 114). Il a été étendu à toutes les professions de santé.

Selon l'article 59 de la loi HPST, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

L'article L. 4021-1 du CSP stipule que « le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu ».

La mise en œuvre de la certification ne modifie pas cette obligation de DPC qui reste en vigueur selon les principes préalablement définis.

De même, l'accréditation volontaire des médecins exerçant des spécialités à risque reste en vigueur selon les conditions définies à ce jour.

Des obligations de formation spécifiques à des professions ou spécialités ont été développées, sans prétendre à l'exhaustivité, dans le chapitre de l'axe 1 « maintien et actualisation des connaissances et des compétences ».

3. Développement des référentiels métiers et compétences

Les sept professions concernées par la certification disposent d'un référentiel métier et compétences, dont une partie a été élaborée sous l'impulsion de la mission Évaluation des compétences

professionnelles des métiers de la santé (mise en œuvre 2004). Et, de plus, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a mis en place des [référentiels métiers par spécialités en vue de l'obtention des qualifications](#).

3.1. Les référentiels métiers et compétences validés par le ministère

Les référentiels (tableau 10) ont été construits avec deux approches différentes :

- ceux présentés en situations clés ou types qui permettent d'attester de la compétence d'un professionnel du domaine. Ces référentiels émanent d'un travail collaboratif accompagné par le [cabinet Le Boterf Conseil](#), dans le cadre de la mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé (mise en œuvre 2004) ;
- ceux construits autour des compétences qui sont détaillées en sous-compétences et qui présentent des critères d'évaluation et des indicateurs de validation.

La méthode Le Boterf distingue « être compétent » et « avoir des compétences »

Être compétent, c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources ».

Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires, savoir-faire relationnels avec les patients, savoir-faire de coopération avec les collègues et d'autres professionnels de la santé, méthodes de raisonnement clinique...) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.

La définition dans le modèle de Guy Le Boterf : « La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés. » Il distingue **plusieurs types de compétences** :

- savoirs théoriques : savoir comprendre, savoir interpréter ;
- savoirs procéduraux : savoir comment procéder ;
- savoir-faire procéduraux : savoir procéder, savoir opérer ;
- savoir-faire expérientiels : savoir y faire, savoir se conduire ;
- savoir-faire sociaux : savoir se comporter, savoir se conduire ;
- savoir-faire cognitifs : savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre.

L'évaluation de la compétence des professionnels, telle que présentée dans le rapport de mission du Pr Matillon (36), permet notamment :

- la gestion maîtrisée des risques ;
- l'adaptation des métiers aux évolutions techniques et scientifiques ;
- la professionnalisation des métiers et la mise en œuvre d'une formation continue adaptée.

La mise en œuvre d'une procédure de validation des compétences pour les professionnels de santé est une source de « valorisation » et de « transparence » de la qualité de l'exercice professionnel médical, et doit apporter au patient une visibilité en termes de critère de professionnalisme des professionnels de santé qui le prennent en charge.

Tableau 10. Récapitulatif des référentiels métiers et compétences des sept professions

Profession	Date de mise à jour
Chirurgiens-dentistes	2010 Référentiel métier et compétences à partir de 11 situations de soins types https://sfcd.fr/actualites/referentiel-metier-du-chirurgien-dentiste/
Infirmiers	2019 arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier Référentiel d'activités et de compétences selon 10 domaines de compétences https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_1.pdf https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf Diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire – Légifrance (legifrance.gouv.fr) Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée – Légifrance (legifrance.gouv.fr) Diplôme d'État d'infirmier puériculture Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste
Masseurs-kinésithérapeutes	2013 (Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes) Référentiel d'activités et de compétences selon 11 domaines de compétences https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031128286 https://legislation.ordremk.fr/2015/09/02/arrete-du-2-septembre-2015-2/ https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/referentiel.pdf Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute https://www.francecompetences.fr/recherche/mcp/28353/
Médecins et chirurgiens	
Anesthésie réanimation	2010 Référentiel métier et compétences https://cfar.org/wp-content/uploads/2016/03/refmetierar29_06_10.pdf
Médecins généralistes	2009 Référentiel métier et compétences à partir de 16 situations de soins types https://lecmg.fr/referentiel-metier-en-medecine-generale/
Neurochirurgiens	2007 Référentiel métier et compétences à partir de 6 situations de soins types https://neuro-dev.unilim.fr/spip.php?article1355 http://web5.unilim.fr/colneuro-test/spip.php?article86
Radiologues	2010 Référentiel métier et compétences à partir de 11 situations de soins types http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2012/20120207-102428-531/src/htm_fullText/fr/Referentiel_Radiologue_2010-10_vLight-Finale.pdf
Urgentistes	2004 Référentiel compétences à partir de 16 motifs de recours aux urgences https://www.sfm.u.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/les-competences-du-medecin-urgentiste/ref_id/5
Pédicures-podologues	2012 arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue Référentiel d'activités et de compétences selon 10 domaines de compétences https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-06/ste_20120006_0100_0043.pdf Diplôme d'État de pédicure-podologue https://www.francecompetences.fr/recherche/mcp/4860/
Pharmaciens	
Pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP)	2017 Référentiel des métiers et compétences (syndicat PHISP) https://www.sphisp.org/wp-content/uploads/2020/12/2020.11.25.-Referentiel-metier-PHISP-version-finale.pdf Projet de référentiel pour les PHISP en cours d'élaboration par l'EHESP
Sages-femmes	2010 Référentiel métier et compétences à partir de 8 situations de soins types https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf Ce référentiel est en cours de révision

3.2. Les référentiels métiers du CNOM pour les commissions de qualification

Ces référentiels, intitulés « document de référence », adoptés par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (tableau 11), en lien le plus souvent avec les instances professionnelles des spécialités, sont de contenus très variables, parfois ils ne contiennent que des prérequis et niveau de formation attendue, parfois une description des pratiques professionnelles et plus rarement des compétences.

Les modalités de validation de l'expérience pour les spécialités médicales sont variables, mais on retrouve des points communs :

- la participation à un certain nombre de semestres dans des services dédiés ;
- la participation à des staffs et réunion de concertation ;
- la participation à des colloques nationaux ou régionaux tous les 5 ans ;
- la rédaction en premier auteur d'un article destiné à une revue avec comité de lecture (dermatologie) ;
- le suivi d'un nombre de cas, ou la réalisation d'actes chirurgicaux ;
- la validation par la commission de certification du CNOM ;
- l'inscription au Collège de la spécialité ;
- l'analyse des comptes-rendus (orthopédie, traumatologie pour les médecins en exercice).

Tableau 11. Récapitulatif des référentiels métiers du Conseil national de l'ordre des médecins

Profession	Date de mise à jour du document de référence et référentiel
Anesthésie-réanimation	2012. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_anesthesie_reanimation.pdf
Biologie médicale	2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_biologie_medecale.pdf
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_chirurgie_maxillo_faciale_stomatologie.pdf
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_chirurgie_orthopedique_et_traumatologie.pdf
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	2014 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_cppe.pdf
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_chirurgie_thoracique_et_cardiovasculaire.pdf
Chirurgie vasculaire	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_chirurgie_vasculaire.pdf
Chirurgie viscérale et digestive	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_chirurgie_viscerale_et_digestive.pdf
Dermatologie	2009 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_dermatologie.pdf
Génétique médicale	2009 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_genetique_medecale.pdf
Gériatrie	2011 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_geriatrie.pdf
Gynécologie médicale	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_gynecologie_medecale.pdf
Gynécologie obstétrique	2012 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_gynecologie_obstetrique.pdf
Maladies infectieuses et tropicales	2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_maladies_infectieuses_et_tropicales.pdf
Médecine du travail	2018 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_du_travail.pdf
Médecine générale	2008 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_generale_.pdf
Médecine interne	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_interne.pdf
Médecine physique et de réadaptation	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_physique_et_de_readaptation.pdf
Neurochirurgie	2015 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_neurochirurgie.pdf
Oncologie	2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_oncologie.pdf
ORL et chirurgie cervico-faciale	2012 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_oto_rhino_laryngologie_et_chirurgie_cervico_faciale.pdf
Pédiatrie	2010 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_pediatie.pdf
Pneumologie	2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_pneumologie.pdf
Psychiatrie	2020 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_psychiatrie.pdf
Réanimation	2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_reanimation.pdf
Santé publique et médecine sociale	2011 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_sante_publicque.pdf

Axe 1. Maintien et actualisation des connaissances et des compétences

Cet axe concerne les modalités de maintien des connaissances, c'est-à-dire les savoirs théoriques et pratiques, mais aussi leur application dans la pratique (savoir agir en situation).

Connaissances et compétences sont deux fondements de l'exercice professionnel. Ces deux volets ont été développés pour chaque professionnel lors de la formation initiale, jusqu'à un niveau autorisant l'exercice professionnel. Cependant, d'une part, l'évolution des sciences et techniques peut les rendre non conformes aux données actuelles de la science, et d'autre part, l'effacement mnésique et la non-ou sous-utilisation peuvent les rendre insuffisantes pour l'exercice.

Connaissance : ensemble de savoirs théoriques ou pratiques acquis par un individu.

Compétence : une compétence se traduit par une capacité à combiner un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être en vue de réaliser une tâche ou une activité. Elle a toujours une finalité professionnelle. On distingue : les compétences techniques liées au cœur de métier ; les compétences transversales utiles dans différentes activités ; les compétences relationnelles et de collaboration. Le résultat de sa mise en œuvre est évaluable dans un contexte donné (compte tenu de l'autonomie, des ressources mises à disposition...).

Chaque profession a une obligation d'actualisation de ses connaissances et compétences.

Cette acquisition est fondée sur l'apport d'enseignements théoriques, pratiques et de mises en situations professionnelles réelles ou simulées.

1. Principes déontologiques et réglementaires

Les professionnels sont soumis dans leur exercice aux dispositions réglementaires contenues dans les codes de déontologie (répertoriés dans le tableau 9 du chapitre « Principes généraux du maintien des connaissances et des compétences des professionnels de santé en France »), et à d'autres dispositions selon les professions.

1.1. Codes de déontologie

Les codes évoluent pour prendre en compte les données issues de la jurisprudence, les évolutions techniques, scientifiques et des pratiques professionnelles.

Les obligations ciblées sur le maintien des connaissances sont répertoriées dans les tableaux 12 et 13.

Tableau 12. Entretien et perfectionnement des connaissances/Qualification et obligation de formation

Profession	
Chirurgiens-dentistes	Article R. 4127-214 Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue
Infirmiers	Article R4312-46 Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu. Article
Masseurs-kinésithérapeutes	Article R. 4321-62 Le masseur-kinésithérapeute prend toutes les dispositions nécessaires pour entretenir et perfectionner ses connaissances et compétences. Il doit notamment satisfaire à son obligation de développement professionnel continu.
Médecins	Article R. 4127-11 Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.
Pédicures-podologues	Article R. 4322-38 Tout pédicure-podologue entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.
Pharmaciens	Article R. 4235-11 Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances. Article R. 4235-18 (Le pharmacien doit être inscrit au tableau de l'ordre pour toutes les activités pharmaceutiques qu'il exerce et être à jour de ses cotisations. Il vérifie que les pharmaciens placés sous son autorité sont inscrits au tableau du conseil de l'ordre dont ils relèvent.) Il s'assure des qualifications des personnes placées sous son autorité et, le cas échéant, du respect de leur obligation de formation. Article R. 4235-25 (Le pharmacien exerce personnellement son art. Il est responsable de ses décisions et de ses actes.) Le pharmacien qui délègue pour partie ses attributions s'assure que le délégataire possède la qualification et la compétence requises pour l'ensemble des actes et responsabilités délégués. Article R. 4235-31 Pour garantir la sécurité des patients et la qualité des actes pharmaceutiques, le pharmacien actualise régulièrement ses connaissances et compétences et améliore ses pratiques professionnelles, notamment en matière de développement professionnel continu. Il prend toutes dispositions pour permettre aux personnes placées sous son autorité de satisfaire aux mêmes exigences.
Sages-femmes	Article R. 4127-304 La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2.

Tableau 13. Soins consciencieux selon les données acquises de la science

Profession	
Chirurgiens-dentistes	Article R. 4127-233 Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : 1° à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin...
Infirmiers	Article R. 4312-10 L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés. Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose. L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.
Masseurs-kinésithérapeutes	Article R. 4321-80 Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.
Médecins	Article R. 4127-32 Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.
Pédicures-podologues	Article R. 4322-53 Le pédicure-podologue qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : 1° à lui prodiguer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science soit personnellement, soit, lorsque sa conscience le lui commande, en faisant appel à un autre pédicure-podologue ou à un autre professionnel de santé...
Pharmaciens	Article R. 4235-23 On entend par acte pharmaceutique tout acte professionnel faisant appel à la compétence d'un pharmacien. Le pharmacien accomplit tout acte pharmaceutique avec soin et attention, selon les règles de bonnes pratiques et les données acquises de la science. La responsabilité en est assumée par le pharmacien qui l'exécute ou qui en assure l'organisation, le contrôle ou la validation. S'il n'exécute pas lui-même un acte pharmaceutique, le pharmacien en organise et en surveille attentivement l'exécution par une personne autorisée.
Sages-femmes	Article R. 4127-325 Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

1.2. Obligations réglementaires spécifiques à certaines professions ou spécialités

Les professionnels sont soumis à une obligation de DPC. Mais, le CSP prévoit également des formations obligatoires au cours de l'exercice professionnel (formation continue) dont la plupart sont spécifiques à des professions ou spécialités.

Les obligations en lien avec l'obtention de diplômes (formation initiale) ou les conditions d'obtention de qualifications complémentaires ne sont pas reprises dans ce document.

1.2.1. Une obligation générale de formation sur les handicaps

Le CSP prévoit une obligation générale quant à la formation des professionnels de santé sur la question du handicap.

Article L. 1110-1-1 du CSP ([loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#))

Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap.

1.2.2. Formation obligatoire au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé

L'[arrêté du 6 avril 2011](#) relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, dans son article 7, prévoit un plan de formation pluriannuel obligatoire :

- cette formation s'impose pour tous les nouveaux arrivants ou lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire ;
- la formation spécifique à la mise en œuvre des procédures et modes opératoires est intégrée au développement professionnel continu.

1.2.3. Formation obligatoire à la radioprotection pour quatre professions et diverses spécialités

L'obligation de formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales, prévue par l'article L. 1333-11 du CSP, est mise en œuvre sur la base de décisions de l'Autorité de sûreté nucléaire.

Article L. 1333-11 du CSP

« Les professionnels pratiquant des actes de radiodiagnostic, de radiothérapie ou de médecine nucléaire à des fins de diagnostic, de traitement ou de recherche biomédicale exposant les personnes à des rayonnements ionisants et les professionnels participant à la réalisation de ces actes et à la maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux doivent bénéficier, dans leur domaine de compétence, d'une formation théorique et pratique, initiale et continue, relative à la protection des personnes exposées à des fins médicales relevant, s'il y a lieu, des articles L. 6313-1 à L. 6313-11 du Code du travail. »

Ordonnance n° 2016-128 du 10 février 2016 portant diverses dispositions en matière nucléaire

Les personnes qui participent à l'exercice ou au contrôle d'une activité nucléaire ou à la préparation, à la mise en œuvre et au contrôle d'une action destinée à protéger les personnes vis-à-vis d'un risque radiologique dans les situations énoncées à l'article L. 1333-3, bénéficient dans leur domaine de compétence d'une information et d'une formation, initiale et continue, relative à la radioprotection.

La [décision n° 2017-DC-0585, du 14 mars 2017, modifiée par la décision n° 2019-DC-0669 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 11 juin 2019](#) et l'article L. 1333-11 du CSP précisent les objectifs et les personnels soumis à l'obligation de formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales.

Sont concernés à ce titre parmi les sept professions visées par la certification, les **médecins** qualifiés en radiodiagnostic et imagerie médicale ou en oncologie radiothérapique, en médecine nucléaire ; les **neurochirurgiens** pratiquant des actes de radiochirurgie intracrânienne en conditions stéréotaxiques ;

les médecins et les chirurgiens exerçant des pratiques interventionnelles radioguidées ; les **chirurgiens-dentistes** et les spécialistes en **stomatologie**, en **chirurgie orale et maxillo-faciale** ; les **radiopharmaciens**, les **infirmiers de bloc opératoire** diplômés d'État ou ceux exerçant dans les locaux de services de médecine nucléaire dès lors qu'ils participent à la réalisation de l'acte.

L'ASN a pour mission, conformément au décret n° 2018-434 du 4 juin 2018, de déterminer les objectifs de la formation continue à la radioprotection des patients et d'établir, avec les professionnels de santé, les programmes, les méthodes pédagogiques et les modalités d'évaluation. À cet effet, elle a publié des [guides](#) selon les professions, dont :

- chirurgiens-dentistes (37) ;
- infirmiers de bloc opératoire (38) ;
- médecins en cardiologie interventionnelle (39) ;
- médecins nucléaires (40) ;
- médecins qualifiés en radiodiagnostic et imagerie médicale (41) ;
- médecins rhumatologues (42) ;
- médecins et spécialistes (43) ;
- radiopharmaciens (44).

2. Les compétences attendues

Chaque professionnel peut se référer à son référentiel métier et de compétences attendues pour l'exercice de sa profession dont la liste est donnée dans les tableaux 10 et 11.

Les compétences génériques communes aux sept professions concernées par la certification périodique peuvent schématiquement être déclinées dans le domaine propre de chacune d'entre elles et classées selon les catégories suivantes :

- évaluation du patient, analyse et diagnostic ;
- conception et mise en œuvre d'un traitement ou d'une action de santé ;
- analyse, évaluation et évolution de sa pratique professionnelle ;
- communication, information et éducation ;
- gestion de l'organisation autour du patient ou de la structure de santé ;
- coopération et coordination avec les autres professionnels impliqués.

Un travail spécifique aux compétences des professionnels de santé en établissements de santé a été réalisé en 2015 (45).

3. Certification des organismes de formation

La certification qualité (Qualiopi) des organismes de formation a été instituée en 2018. L'obligation est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022. L'audit de certification, réalisé par les organismes accrédités par le COFRAC, se fait sur la base du référentiel national qualité (46) constitué de 32 indicateurs répartis en 7 critères (tableau 14).

Cette certification ne concerne pas les établissements d'enseignement supérieur qui sont soumis à une habilitation pour la délivrance de diplômes, conformément au Code de l'éducation ([décret n° 2013-756 du 19 août 2013](#), article D. 613-4). Ces établissements sont soumis à l'évaluation du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur ([Hcéres](#)).

Cette certification ne concerne pas non plus à ce jour les ODPC qui relèvent du cahier des charges publié en annexe 1 de [l'arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu](#).

Tableau 14. Présentation synthétique de la marque Qualiopi

Critères Qualiopi (nombre indicateurs)	
1- Communiquer sur son offre (3 indicateurs)	Offre de formation (contenu, déroulé et indicateurs de résultats)
2- Proposer des formations adaptées aux besoins (5 indicateurs)	Parcours modulables avec des objectifs fixés individuellement. L'évaluation des compétences opérationnelles se fait ainsi à l'entrée et à la sortie du parcours.
3- Accompagner et suivre les apprenants à chaque étape (8 indicateurs)	Documents à mettre à disposition et tous les services proposés aux apprenants. Le but : informer l'apprenant, le rassurer et anticiper les difficultés qu'il pourrait rencontrer. L'objectif sous-jacent est de limiter les abandons en cours de formation.
4- Offrir un écosystème favorable aux apprentissages (4 indicateurs)	L'organisme de formation doit montrer quels sont les moyens investis pour la réussite de la formation : le lieu d'accueil, les équipes, le matériel, les ressources pédagogiques... De nombreux documents sont à produire dans cet item qui nécessite une organisation documentaire très rigoureuse.
5- Former toute l'équipe de l'organisme de formation (2 indicateurs)	Les organismes de formation doivent s'interroger sur leurs propres capacités à se former. Cela concerne les dirigeant.e.s de la structure, l'équipe support et l'équipe pédagogique, tant interne qu'externe. Si nécessaire, le processus de recrutement de l'organisme de formation et ses pratiques en termes d'obligation de formation des collaborateurs sont à revisiter dans cette perspective.
6- S'investir dans son environnement professionnel (7 indicateurs)	Apprendre à apprendre. Le sixième critère de Qualiopi liste les actions que doivent mener les organismes de formation pour être exemplaires en la matière. Il s'agit de rester en pointe tant sur le cadre légal de la formation professionnelle, les évolutions de ses secteurs d'expertise ainsi que les innovations pédagogiques et technologiques. Ce critère aborde également l'accueil des publics en formation de handicap ainsi que le cadre du portage salarial et de la sous-traitance.
7- Écouter et prendre en compte les feedbacks, bons ou mauvais (3 indicateurs)	Démarche qualité qui vise l'amélioration continue de l'organisme de formation. Pour cela, il faut organiser un recueil méticuleux des retours des apprenants, des entreprises, des financeurs externes. La gestion des réclamations est stratégique et doit être organisée en amont, avant que les situations critiques ne se produisent.

4. Méthodes et outils développés, en France, pour le maintien des connaissances et compétences

L'analyse des documents DPC, notamment des spécialités médicales, ainsi que des rapports préparatoires à cette certification « Méthodes et modalités de DPC » ([Haute Autorité de santé – Méthodes et modalités de DPC \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/maitrise-de-stage/actualites/2019/04/20190401-methodes-et-modalites-de-dpc)) et les travaux conduits par la HAS permettent de recenser un certain nombre de méthodes ou outils pour les actions de maintien des connaissances.

Cette identification de documents de référence, méthodes ou outils utiles n'est pas un état des lieux exhaustif ou prescriptif, et il ne s'agit pas d'une revue de l'évaluation de leurs résultats. Ces ressources constituent une base générale pour les sept professions et n'incluent pas les déclinaisons par spécialités, spécificités d'exercice ou par pathologies.

L'annexe 1 présente une proposition de ressources pour l'axe 1 « actualiser les connaissances et les compétences ». Le classement thématique adopté est celui le plus fréquemment retrouvé dans les documents de la HAS. Mais il n'a pas de valeur prescriptive. Des méthodes ou outils peuvent être répertoriés dans plusieurs axes de la certification.

4.1. Les méthodes HAS publiées pour le DPC

La HAS a publié 20 méthodes de DPC dont 9 sont utilisables en tant qu'action de formation pour le maintien des connaissances et des compétences. Chaque fiche décrit les modalités de structuration, de mise en œuvre et d'évaluation ([Haute Autorité de santé – Méthodes et modalités de DPC \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/maitrise-de-stage/actualites/2019/04/20190401-methodes-et-modalites-de-dpc)).

Ces méthodes peuvent être classées en fonction de leur approche pédagogique, à visée individuelle ou collective, selon le type d'activités, et les six dernières sont aussi utilisables soit en tant qu'action d'évaluation et d'amélioration des pratiques, soit en gestion des risques :

- formation en ligne ou e-learning (47) ;
- formation présentielle (48) ;
- réunion de revue bibliographique ou journal club (49) ;
- encadrement de stages ; maîtrise de stage/tutorat (50) ;
- simulation en santé (51) ;
- test de concordance de script (TCS) (52) ;
- exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire (53) ;
- gestion des risques en équipe (54) ;
- accréditation des médecins et des équipes médicales (55).

Modalités de validation du DPC en France

Pour chaque professionnel soumis à l'obligation de DPC, il est impératif pour obtenir sa validation de réaliser (sur une période triennale) **une action dans au moins deux** des trois typologies définies dans le cadre du DPC. Les trois typologies d'actions sont la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la gestion des risques (GDR).

En outre, l'Agence nationale du DPC propose la possibilité de combiner plusieurs typologies au cours d'une même action de formation. C'est sous l'étiquette de programme intégré que ces actions peuvent

être déposées et reconnues par l'Agence. Un programme intégré est une combinaison de typologies d'action. Un programme intégré est composé d'au moins deux types d'action. Différentes combinaisons sont possibles :

- action de formation continue + action EPP ;
- action de formation continue + action GDR ;
- action d'EPP + action de GDR ;
- action de formation continue + EPP + GDR.

D'autres méthodes pour le DPC sont citées par la HAS :

- formations diplômantes ou certifiantes (56) ;
- enseignement et recherche (56).

Un guide méthodologique pour faciliter la mise en œuvre des programmes de DPC dans trois secteurs (radiothérapie, radiologie et médecine nucléaire) a été publié en 2012 (57). Il présente 18 grilles d'analyse des pratiques ayant servi à la proposition de 20 programmes de travail qui renvoient aux méthodes et modalités validées par la HAS.

4.2. Une démarche volontaire encadrée par la HAS : l'accréditation des spécialités dites à risque

L'accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque » en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs. La liste des spécialités ou activités concernées et les modalités de réalisation de l'accréditation sont définies par le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006. Le programme d'accréditation comprend annuellement les actions suivantes : des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques, de gestion des risques et des **actions de formation**. Le [cahier des charges des organismes d'accréditation](#) est défini par la HAS.

Accréditation des médecins exerçant une spécialité à risque*

Le [décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé](#) prévoit l'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque » en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs.

Il s'agit d'une démarche volontaire.

L'engagement dans une démarche d'accréditation permet de satisfaire l'obligation de DPC d'un médecin ([loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), article L. 4021-1).

5. Méthodes et outils pour le maintien des connaissances et compétences dans les dispositifs étrangers de recertification/revalidation

Comme en France, l'axe 1 « maintien et actualisation des connaissances et compétences » a été historiquement le premier ciblé par les démarches individuelles de qualité et de certification (revalidation) des professionnels de santé. Ces deux dimensions constituent la base de tous les systèmes et se retrouvent dans deux dispositifs : la formation continue obligatoire et le développement professionnel continu.

5.1. Deux dispositifs contributifs : formation continue et DPC

Deux grands dispositifs persistent aujourd'hui dans nombre de pays et parfois cohabitent. Il s'agit des dispositifs de formation continue obligatoire et de développement professionnel continu.

Le dispositif développement professionnel continu est plus large, puisqu'il intègre, outre des dimensions cognitives, des dimensions opérationnelles. Dans la majorité des pays explorés, cet axe « connaissances et compétences » est intégré au développement professionnel continu et se fonde sur des dispositifs qui incitent (voire imposent) l'usage de différentes formes d'apprentissage.

5.2. Principes généraux structurant les connaissances et les compétences

Les démarches de formation initiale, de formation continue, de développement professionnel continu et de spécialisation s'appuient très majoritairement sur des référentiels d'activité et des référentiels de compétences. Les dimensions déontologiques ou éthiques peuvent être l'objet de codes, de guides ou de référentiels spécifiques (voir au paragraphe 2.1 du chapitre « Principes généraux de recertification/revalidation dans des systèmes étrangers » dans « Méthode et outils génériques communs à plusieurs systèmes étrangers »).

Selon les pays, les connaissances et compétences sont structurées selon des méta-compétences ou des missions principales, telles que définies dès la certification initiale, ou selon un questionnement renvoyant à la pratique actuelle et personnelle du professionnel de santé.

Quelques exemples sont présentés pour éclairer ces approches structurantes.

5.2.1. Canada

Les compétences sont régulièrement articulées autour de domaines ou de méta-compétences, comme en France.

Les compétences des professionnels de santé au Canada s'articulent autour de sept rôles qui sont l'expert (médical ou professionnel – le rôle intégrateur), le communicateur, le collaborateur, le leader, le promoteur de la santé, l'érudit et le professionnel. Elles sont décrites dans le [référentiel CanMEDS](#) fondant le système de *Maintien Du Certificat* (MDC).

5.2.2. Australie

Le document [National Competency Standards Framework 2016](#) des pharmaciens australiens prévoit cinq domaines principes structurant les connaissances et les compétences :

- professionnalisme et éthique ;
- communication et collaboration ;
- gestion des médicaments et soins au patient ;
- leadership et management ;
- éducation et recherche.

5.2.3. Nouvelle-Zélande

La construction du plan personnel de développement professionnel continu (30) se construit autour d'une **réflexion individuelle**. Les podologues néo-zélandais proposent le questionnement suivant :

- Qu'est-ce qui m'intéresse pour en savoir plus ?
- Dans quels domaines de ma pratique suis-je moins compétent ? Quel résultat de mon auto-évaluation par rapport aux normes ? Quel est le point de vue de mes collègues ou les commentaires des patients ?
- Des caractéristiques démographiques de mes clients indiquent-elles un domaine de pratique ?
- Où est-ce que je veux être, professionnellement, dans cinq ans ?

Le Conseil néo-zélandais encourage fortement chaque participant à discuter de son plan de DPC avec un confrère connaissant leur pratique, afin d'avoir un regard extérieur sur les besoins éducatifs.

Les objectifs définis doivent également respecter le modèle SMART pour faciliter l'élaboration du plan personnel de formation. Pour ce faire, cinq qualités sont identifiées :

- spécifique (identification de ce qui doit être réalisé) ;
- mesurable (ou objectivable pour identifier l'atteinte des objectifs) ;
- réalisable (compte tenu des moyens) ;
- pertinent (par rapport aux normes, aux exigences) ;
- avec une date de fin (temps limité et défini).

Les dentistes néo-zélandais ont également fait le choix d'une approche spécifique et individualisée qu'ils jugent plus efficace qu'une approche quantitative (basée sur un cumul d'heures de DPC). Le plan de DPC personnalisé aide à réfléchir aux besoins et aux objectifs d'apprentissage, aux opportunités de développement professionnel et à la valeur et à la pertinence des actions proposées avant et après leur mise en œuvre. Cette approche planifiée du développement donne le maximum d'avantages pour hiérarchiser les besoins d'apprentissage et développer la pratique.

5.3. Méthodes et outils utilisés dans les systèmes étrangers

De façon plus générale, les méthodes et dispositifs contributifs au maintien du niveau de connaissances et de compétences sont variés dans les systèmes analysés et comportent de nombreuses méthodes communes. Les outils et méthodes utilisés pour entretenir et développer les connaissances et les compétences peuvent se classer selon différentes manières.

Le système canadien MDC impose pour les médecins trois types d'apprentissage et établit pour chacune de ces méthodes imposées une comptabilisation spécifique des points acquis et un nombre de points minimum pour chacune d'entre elles. Les trois méthodes imposées sont :

- section 1 : apprentissage collectif ;
- section 2 : apprentissage individuel ;
- section 3 : évaluation.

Par ailleurs, le programme MDC du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada appuie la mise en œuvre de l'amélioration qualité. Dans leur [référentiel](#), les médecins canadiens ont détaillé les formats et les outils d'apprentissage à employer. La boîte à outils est notamment à destination du corps professoral ou des membres des structures organisatrices. Elle liste les outils selon les objectifs pédagogiques.

Référentiel CanMeds

- Obtenir de l'information, des idées ou des concepts
- Augmenter la sensibilisation aux approches ou aux lacunes possibles dans les connaissances ou les pratiques
- Apprentissage par la réalisation ou l'observation
- Pratiquer les habiletés, les techniques et les processus mentaux (raisonnements cliniques notamment)
- Réaliser des objectifs d'apprentissage individuels

Le [Health and Care Professions Council](#) qui régule 15 professions de santé en Angleterre, dont les kinésithérapeutes et les podologues, résume de façon structurée les exemples de différents outils en les classant selon quatre catégories :

- 16 types d'apprentissages en milieu du travail (pratique réflexive, groupes de pairs, par exemple) ;
- 11 types d'activités professionnelles (tutorat, donner des cours ou participer à des travaux de recherche, par exemple) ;
- 9 types d'apprentissages formels (suivre des cours, des conférences ou des e-learning, par exemple) ;
- 4 types d'apprentissages autodirigés (lecture d'articles ou suivi d'émissions, par exemple).

De l'analyse des systèmes étrangers, il ressort quelques grandes typologies utilisées dans le cadre de cet axe, résumées dans des fiches ci-dessous :

- la pratique réflexive (cf. paragraphe 2.2 du chapitre « Principes généraux de recertification/revalidation dans des systèmes étrangers » dans « Méthode et outils génériques communs à plusieurs systèmes étrangers ») ;
- l'auto-évaluation (cf. paragraphe 2.4 du chapitre « Principes généraux de recertification/revalidation dans des systèmes étrangers » dans « Méthode et outils génériques communs à plusieurs systèmes étrangers ») ;
- les plateformes d'apprentissage avec auto-évaluation (fiche 5.3.1, ci-dessous).

5.3.1. Plateformes d'apprentissage et d'auto-évaluation

Définition

Les plateformes d'évaluation et d'apprentissage utilisent une technologie intelligente pour combiner l'évaluation longitudinale et l'apprentissage personnalisé en un seul processus. L'évaluation longitudinale consiste à administrer des évaluations plus courtes d'un contenu spécifique à plusieurs reprises sur une période pour aider les individus à améliorer leur compréhension, leurs connaissances et leurs compétences.

Plusieurs vidéos ont été publiées pour expliquer l'utilisation de cette plateforme ([exemple](#)). CertLink® a été adaptée par des conseils américains aux exigences et normes de chaque spécialité.

Usage

L'auto-évaluation peut cibler des capacités, des procédures, des processus et des productions.

Variantes

Ces plateformes sont parfois la composante de dispositifs d'e-learning. Elles permettent, dans ce cas notamment, d'obtenir des explications ou compléments d'information en regard de chaque réponse.

Utilisations possibles

CertLink® est utilisé par plusieurs conseils membres de l'[American Board of Medical Specialties \(ABMS\)](#) pour créer des programmes en ligne d'auto-formation qui intègrent l'apprentissage et l'évaluation dans le rythme de la vie quotidienne. Les outils administratifs CertLink® aident à développer, gérer et fournir de manière pratique des évaluations à choix multiples et basées sur des articles et à prendre en charge l'achèvement de la certification continue.

Exemples de références d'utilisation à l'international

Aux USA, certaines spécialités médicales possèdent un dispositif spécifique fondé sur l'[auto-formation](#), d'autres spécialités, comme les [pathologistes](#), utilisent le dispositif CertLink®. On retrouve également cette auto-évaluation chez les dentistes européens (58).

Axe 2. Renforcer la qualité des pratiques professionnelles

La qualité des soins est définie comme la « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (*Institute of Medicine* aux États-Unis – *IoM* <https://nam.edu/>). Cette définition de la qualité des soins est celle communément utilisée dans les publications internationales et les travaux HAS, en raison de sa flexibilité et de son adaptabilité à différents contextes.

Des soins de qualité sont :

- des soins dont on a apporté la preuve qu'ils sont efficaces ;
- des soins qui répondent aux besoins et aux préférences des patients ;
- des soins qui protègent les patients d'erreurs et de dommages.

La **pertinence des soins** concourt également à leur qualité : « Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales » ([Ministère chargé de la santé](#)).

Le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences concourent au maintien de la qualité des pratiques, et des formations à la démarche qualité sont également nécessaires. Mais l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins implique également une évaluation des pratiques professionnelles, afin de promouvoir des démarches organisées et portées par les professionnels, et suppose de pouvoir se référer à des critères de qualité correspondant à des points clés de la prise en charge.

Une analyse des pratiques individuelles ou collectives répond aux exigences suivantes afin d'améliorer une prise en charge par la mise en œuvre de critères de qualité (59).

Les points clés :

- partir d'une analyse des pratiques individuelles ou de groupe (recueil de données de sa pratique/prise en compte d'évènements indésirables) ;
- identifier des données référencées, actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, professionnelles, etc.), permettant de définir la pratique attendue (recommandations de bonne pratique, protocoles, procédures, etc.) ;
- comparer à la pratique attendue et l'analyse des causes pouvant expliquer les pratiques différentes de la pratique attendue ;
- mettre en place des actions d'amélioration (supports d'aide à la décision, rappels ou alertes) ;
- suivre l'amélioration des pratiques ;
- mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place.

La mesure d'impact nécessite la mise en place d'indicateurs pour mesurer les résultats sur la santé ou sur l'organisation des soins. Classiquement, dans les démarches qualité et sécurité des soins, il existe trois types d'indicateurs utilisés (OMS) dont deux usuels en pratique, les indicateurs de résultats et de processus (60).

Indicateurs qualité (OMS)

Indicateurs de résultats : la fréquence des EIAS, le nombre de décès inattendus, les enquêtes de satisfaction des patients et d'autres processus de recueil des expériences vécues par les patients et leur famille sont autant d'exemples d'indicateurs de résultats.

Indicateurs de processus : les indicateurs de processus évaluent le fonctionnement d'un système. Cette évaluation se concentre sur les composantes du système associées à une conséquence négative particulière par opposition à la probabilité de survenue de ces événements.

Indicateurs composites : ces indicateurs servent à vérifier qu'un changement ne crée pas de problème supplémentaire.

1. Principes déontologiques et réglementaires

1.1. Codes de déontologie

La qualité et la sécurité des pratiques sont sous-tendues par différentes dispositions dans les codes de déontologie des professions par les obligations relatives à :

- l'élaboration du diagnostic et des prescriptions ;
- la continuité et sécurité des soins ;
- la qualité des soins : soins consciencieux, respect des diagnostics et prescriptions ;
- la qualité liée aux moyens techniques ;
- la qualité et sécurité des soins ;
- la qualité de l'information délivrée au patient.

Les codes de déontologie sont référencés dans le tableau 9.

1.2. Obligations réglementaires

Certaines professions ont des obligations réglementaires spécifiques à leur exercice quant à la qualité et sécurité des soins.

1.2.1. Démarche qualité en imagerie médicale : norme NFS 99-300

L'[arrêté du 8 février 2019](#) portant homologation de la décision n° 2019-DC-0660 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 15 janvier 2019 fixe les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants. Il s'applique « aux activités nucléaires d'imagerie médicale, entendues comme la médecine nucléaire à finalité diagnostique, la radiologie dentaire et conventionnelle, la scanographie et les pratiques interventionnelles radioguidées. Cette obligation réglementaire découle de la directive 2013/59/Euratom transcrite dans le droit français en 2018. Dérivant de cette circulaire, ce secteur doit voir la mise en œuvre d'une démarche nouvelle d'audit par les pairs.

À ce jour, la [norme NFS 99-300](#), publiée en juillet 2021 par l'AFNOR, est une démarche volontaire.

1.2.2. Les bonnes pratiques en pharmacie d'officine

L'[arrêté du 28 novembre 2016](#) fixe les bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières. Il prévoit notamment la démarche qualité appliquée à la dispensation. Celle-ci est axée sur la prévention des risques

(risques liés à une erreur de délivrance, de prescription, des interactions médicamenteuses ou des contre-indications non détectées, des posologies inadaptées ou une inobservance du traitement).

1.2.3. Les bonnes pratiques en laboratoire de biologie médicale

L'[arrêté du 26 novembre 1999](#) relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale qui comporte une obligation d'assurance qualité.

L'[arrêté du 5 août 2010](#) fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale :

- la norme NF EN ISO 15 189 pour les activités et examens mentionnés à l'article L. 6221-1 ;
- la norme NF EN ISO 22 870 pour les examens de biologie médicale mentionnés à l'article L. 6211-18.

2. Les compétences attendues

Elles sont décrites dans les référentiels de compétences de chacune des professions, sans distinction spécifique à cet axe sauf pour trois professions : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues.

La **compétence 7** de ces trois professions concerne l'analyse de la qualité et l'amélioration de la pratique professionnelle avec une proposition de critères et d'indicateurs d'évaluation à décliner.

Pour cet axe, le référentiel de compétences des **infirmiers** a identifié 7 compétences.

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle (référentiel compétences infirmiers)

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels
3. Évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie et de satisfaction de la personne soignée
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique et de l'évolution des sciences et des techniques
5. Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuit des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée.	L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.

2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie ; - de traçabilité ; - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ; Les propositions de réajustement sont pertinentes.
3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation.	Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte.
4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés.	Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés.
5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail.	La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ; Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte.

Extrait du JO : [critères d'évaluation et indicateurs](#)

Pour cet axe, le référentiel de compétences des **masseurs-kinésithérapeutes** a identifié 14 compétences.

Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle (référentiel masseurs-kinésithérapeutes)

1. Développer son activité professionnelle avec un esprit critique et dans une démarche réflexive intégrant l'innovation
2. Connaître et intégrer la démarche qualité à son activité professionnelle
3. Identifier les tutelles, les organisations et structures administratives en charge de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la réglementation en la matière
4. Identifier et suivre les évolutions des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques professionnelles
5. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé et des évolutions sociétales
6. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster ses interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité
7. Développer ses connaissances théoriques et techniques dans les domaines des sciences, des outils d'intervention et des nouvelles technologies de l'information et de la communication
8. Adapter et transférer ses savoirs et ses compétences dans différents contextes professionnels et différents modes d'exercice
9. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels
10. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en masso-kinésithérapie
11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif
12. Analyser et évaluer sa formation
13. Auto-évaluer, mettre en lien et intégrer ses acquis
14. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur sa pratique professionnelle

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de l'analyse de la pratique professionnelle	<p>Les valeurs professionnelles, la déontologie et l'éthique de la profession sont identifiées et intégrées à la pratique.</p> <p>Les sources d'information professionnelle permettant de suivre l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique professionnelle ainsi que des références théoriques sont identifiées.</p> <p>Une ouverture à la diversité de l'information est incluse dans la pratique professionnelle courante. Les changements, la remise en question et les nouvelles approches professionnelles sont intégrés à l'évolution professionnelle.</p> <p>Les ressources sont actualisées et les nouvelles ressources exploitées au regard de l'évolution des données de la science.</p> <p>Les nouvelles connaissances sont intégrées aux acquis professionnels.</p> <p>Leurs impacts sur la pratique du masseur-kinésithérapeute sont identifiés.</p> <p>Le sens des règles et des normes admises est questionnée dans la pratique professionnelle et les acquis remis en question.</p> <p>La confrontation de la pratique professionnelle avec des pairs en groupe d'analyse de la pratique est recherchée.</p>
2) Hiérarchisation des types d'information pris en compte dans l'évaluation des interventions	<p>Les éléments devant être pris en compte dans l'évaluation des interventions masso-kinésithérapiques sont identifiés: réglementation, recommandations professionnelles (relatives à la qualité, l'ergonomie, la sécurité, l'hygiène, la traçabilité), résultats de la recherche scientifique, satisfaction des patients...</p>
3) Pertinence de la démarche d'analyse critique concernant les interventions en masso-kinésithérapie	<p>Les informations permettant de mener la démarche d'évaluation sont repérées et les modalités de mise à jour de ces informations sont identifiées.</p> <p>Les données de recherches empiriques (qualitatives et quantitatives) dans le champ de la santé publique et de la prévention sont identifiées et utilisées.</p> <p>Les théories et évolutions scientifiques sont prises en compte dans la formulation des hypothèses qui orientent le travail masso-kinésithérapique et la recherche.</p> <p>La démarche d'analyse des activités du masseur-kinésithérapeute est fondée sur les résultats des bases de données, conférence de consensus, travaux de recherche et d'analyse interprofessionnelle.</p> <p>Les axes et les moyens d'évolution sont identifiés: formation personnelle à développer, domaines d'intervention sur lesquels les efforts doivent porter, recherches bibliographiques à effectuer.</p> <p>Des améliorations des interventions sont proposées.</p>
4) Pertinence de la démarche de développement professionnel continu	<p>Les sources d'information sur les actions de formation professionnelle continue sont identifiées et mobilisées avec efficacité.</p> <p>Une dynamique proactive d'ouverture aux nouvelles approches professionnelles et aux nouveaux apprentissages est mise en œuvre.</p> <p>Les acquis dans un domaine sont étendus à l'ensemble de la sphère d'apprentissage (généralisation du processus).</p> <p>De nouvelles stratégies d'apprentissage sont initiées.</p> <p>De nouvelles méthodes de travail personnalisées sont mises en place.</p> <p>Un processus d'échange sur les stratégies est initié avec des pairs.</p> <p>Un lien entre la ou les actions de formation suivies et l'analyse des pratiques professionnelles est établi.</p>

Extrait du JO : [critères d'évaluation et indicateurs](#)

Pour cet axe, le référentiel de compétences des **pédicures-podologues** a identifié 7 compétences.

Évaluer et améliorer sa pratique professionnelle (référentiel pédicures-podologues)

1. Observer, formaliser et expliciter sa pratique professionnelle
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels
3. Évaluer les interventions en pédicurie-podologie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires
4. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'évolution des sciences et des techniques, de la réglementation, de la déontologie et de l'éthique
5. Évaluer l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation, élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux [DASRI]...) et identifier toute non-conformité
6. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique en établissant une progression dans les acquisitions et les apprentissages à mettre en place
7. Évaluer la qualité, l'efficacité et l'innocuité des dispositifs médicaux podologiques externes et des activités thérapeutiques

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Analyse pertinente de l'application des règles : de traçabilité, d'hygiène liées aux circuits d'entrée, de sortie, des matériels et dispositifs médicaux.	Les non-conformités sont identifiées. Les propositions de réajustement sont pertinentes. Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations. Les risques de non-respect des règles sont explicités. Les procédures de nettoyage et de circulation des matériels et dispositifs médicaux sont connues et expliquées de manière appropriée.
2. Pertinence et qualité d'une démarche d'analyse critique d'une situation de travail.	Les différents éléments de la pratique professionnelle sont décrits et explicités. La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques. Les références utilisées (sciences et techniques, normes professionnelles, déontologie et éthique) sont à jour et complètes. Les difficultés et les erreurs sont identifiées. Les causes sont analysées. Des améliorations sont proposées. Le niveau de satisfaction de la personne soignée est pris en compte.

Extrait du JO : [critères d'évaluation et indicateurs](#)

3. Méthodes et outils développés, en France, pour les démarches qualité des pratiques professionnelles

Depuis la fin des années 90 se développent les démarches qualité dans le système de soins sous l'impulsion de la HAS, dans la continuité des actions ANDEM/ANAES, pour l'utilisation en établissement ou en libéral.

Outil : pour le domaine de la qualité, un outil est un moyen conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d'action. Un outil possède un mode opératoire précis. Il s'inscrit généralement dans le cadre d'une méthode (1).

Outil qualité : ensemble cohérent de dispositions pratiques mises en place en vue d'améliorer les performances d'une ou de plusieurs caractéristiques d'un produit ou service.

Outil de la qualité : les outils de la qualité ont parfois été désignés comme les 7 outils de la qualité (feuille de relevé, diagramme de Pareto, diagramme causes-effets, graphiques et histogrammes, cartes de contrôle remue-méninges, qui ? quoi ? où ? quand ? comment ? pourquoi ?). Ce sont des outils de résolution de problème.

Outil de management de la qualité : les outils de management de la qualité, appelés aussi les nouveaux outils de la qualité (diagramme des affinités, diagramme des relations, diagramme matriciel, diagramme en arbre, diagramme des décisions, diagramme en flèche (ou sagittal), analyse factorielle des données, donnent les moyens de comprendre les situations complexes et de faire des plans pertinents. Ils aident à rechercher les causes, à focaliser les efforts sur l'essentiel, à préparer l'action.

Cette identification de documents de référence, méthodes ou outils utiles n'est pas un état des lieux exhaustif ou prescriptif, et il ne s'agit pas d'une revue de l'évaluation de leurs résultats. Ces ressources constituent une base générale pour les sept professions et n'incluent pas les déclinaisons par spécialités, spécificités d'exercice ou par pathologies.

L'annexe 2 présente une proposition de ressources pour l'axe 2 « renforcer la qualité des pratiques professionnelles ». Le classement thématique adopté est celui le plus fréquemment retrouvé dans les documents de la HAS. Mais il n'a pas de valeur prescriptive. Des méthodes ou outils peuvent être répertoriés dans plusieurs axes de la certification.

3.1. Les outils sur les critères de qualité, la gestion des risques et la sécurité des patients

Des [critères d'évaluation des pratiques professionnelles](#) ont été publiés en 2009 et un guide méthodologique pour l'élaboration et la mise en œuvre des critères de qualité en 2013 (61), avec des [outils pour l'analyse de groupe](#) ou [l'analyse individuelle des pratiques](#).

Les [outils qualité pour la sécurité des patients](#) sont recensés sur le site de la HAS. Depuis 2008, plus de 70 outils sont accessibles grâce à un [outil de recherche par thématique](#), secteur d'activité, profession.

3.2. Les démarches qualité de concertation et de coordination des soins

Plusieurs méthodes visent à l'appropriation des recommandations, l'amélioration de la coordination, de la communication ou de la gestion des risques. Nous pouvons citer par exemple :

- chemin clinique (62) ;
- patient traceur (63) ;
- les [parcours de soins](#) ;
- les exercices coordonnés et protocolés pour les équipes de soins en ambulatoire (56) ;
- les réunions de concertation pluridisciplinaires (64) ;
- les staffs d'équipe (65).

3.3. Les méthodes HAS pour le DPC

La HAS a publié 15 méthodes DPC utilisables pour l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. Ces méthodes peuvent être classées en fonction de leur approche (par processus, par problème, par indicateurs...), d'une démarche individuelle ou pluriprofessionnelle.

Les principes généraux sont ceux de toute démarche qualité : l'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients.

Les méthodes DPC pour l'analyse des pratiques professionnelles :

- bilan de compétences (66) ;
- chemin clinique (62) ;
- exercice coordonné et protocolé équipe pluriprofessionnelle (56) ;
- patient traceur (63) ;
- registre observatoire, base de données (67) ;

- réunion de concertation pluridisciplinaire (64) ;
- revue de pertinence des soins (68) ;
- staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyses de pratiques (65) ;
- suivi d'indicateurs de qualité et sécurité des soins (69) ;
- tests de concordance de script (52) ;
- vignettes cliniques (70, 71) ;
- encadrement de stages ; maîtrise de stage/tutorat (56) ;
- revue de mortalité et de morbidité (RMM) (72) ;
- gestion des risques en équipe (54) ;
- accréditation des médecins et des équipes médicales (55).

Au sein de ces méthodes, l'accréditation des médecins et des équipes médicales concerne certaines spécialités dites « à risque » et prévoit à ce jour des activités d'analyse de pratique (analyse d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS), participation à des activités d'évaluation des pratiques professionnelles (RMM, registres, audit clinique, etc.)) et des activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances (mise en œuvre de recommandations ou référentiels, participation à des activités de formation).

3.4. Les démarches qualité en structure de soins

Si chaque professionnel contribue à la démarche qualité de son établissement ou structure de soins, il n'y a pas de dispositif à ce jour permettant une reconnaissance individuelle de cette participation à une démarche collective, notamment dans le cadre de la certification des établissements de santé.

3.4.1. La certification des établissements de santé

Mise en œuvre en France depuis le début des années 2002, la procédure de certification pour la qualité des soins dans les établissements de santé, publics et privés, est obligatoire et réalisée tous les 4 ans.

La nouvelle [procédure V 2020](#) vise trois axes :

- médicaliser et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient : passer d'une culture d'évaluation principalement centrée sur les moyens (ou processus) à une culture davantage axée sur les résultats pour le patient ;
- simplifier la démarche de certification dans ses différents aspects pour situer les travaux d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité au plus proche des pratiques des professionnels et de leurs équipes ;
- s'adapter aux évolutions du système de santé en valorisant l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins.

3.4.2. L'évaluation des centres de référence maladies rares

La DGOS a mis en place une labellisation des centres de référence pour une maladie rare ([circulaire DHOS/DGS n° 2005-129 du 9 mars 2005](#)) relative à l'appel à projets auprès des centres hospitaliers universitaires en vue de l'obtention du label de « centre de référence pour une maladie ou un groupe de maladies rares ».

Un nouveau référentiel « Référentiel d'évaluation des centres de référence maladies rares (CRMR) PNMR 2011-2014 » a été publié par la HAS (73).

3.4.3. L'évaluation des centres de santé

La démarche qualité en centre de santé a été impulsée avec la publication en 2007 par la HAS d'un référentiel d'évaluation en centres de santé.

Cette démarche est fondée sur une auto-évaluation (74).

3.4.4. Évaluation des réseaux de santé

La démarche qualité des réseaux de santé a été impulsée avec la publication en 1999 d'un premier guide, revu en 2001 (75) et 2004 (76) ; puis la publication en 2015 d'une proposition d'indicateurs sur trois thématiques dont l'[aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients](#) et d'une grille d'auto-évaluation des réseaux de santé.

Cette auto-évaluation vise l'évaluation de l'impact sur la prise en charge des patients (75-80).

3.4.5. La matrice de maturité en soins primaires

L'objectif de ce référentiel est d'aider les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel, à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients (81-84).

Il s'agit d'un outil pour une démarche qualité itérative – dessinant une organisation optimale mise en place très progressivement, étape par étape, sur plusieurs années – et non d'un outil, en l'état, d'évaluation externe pour une labellisation.

Le référentiel est structuré autour de quatre axes : dont le travail en équipe pluriprofessionnelle ; le système d'information ; le projet de santé et d'accès aux soins ; l'implication des patients.

3.5. Les démarches qualité portées par certaines professions ou spécialités

Des démarches qualité sont portées par certaines professions, soit via leur ordre, soit par une structure associative, soit par leur syndicat (kinésithérapeutes). Elles ont été élaborées par des groupes de travail de la profession concernée.

3.5.1. La charte d'engagement qualité pour la pratique dentaire en centre de santé

Cette charte est construite sur la base de six principes (74) :

- l'accès aux soins pour tous ;
- la qualité des soins ;
- le respect de l'hygiène et de l'asepsie ;
- la qualité de l'accueil ;
- l'information claire, complète, compréhensible ;
- la cohérence du travail d'équipe.

3.5.2. Démarche qualité pour la pratique infirmière en libéral

Cette démarche a été initiée par Fédération nationale des infirmiers en 2015 et vise à un engagement sur 6 points :

- 1/ Organisation de l'exercice (garantir au patient la qualité, la confidentialité, la sécurité et la bonne exécution technique des soins) ;
- 2/ L'accueil des patients (accueillir les patients, planifier et organiser les soins au domicile et au cabinet, expliquer la prise en charge et les conditions de remboursement) ;
- 3/ Réalisation des soins infirmiers ;
- 4/ Continuité et coordination des soins (avec les autres professionnels de santé, le secteur médico-social et les proches aidants) ;
- 5/ Facturation, recouvrement et archivage ;
- 6/ Formation continue, information et implication dans la promotion de la profession.

L'engagement se fonde sur une auto-évaluation annuelle et un audit aléatoire par un consultant externe.

3.5.3. Une certification AFNOR et une démarche de labellisation pour les masseurs-kinésithérapeutes

Deux démarches qualité ont été initiées par la profession, dont l'une a été traduite en norme AFNOR (norme KinéQuali+ initiée par la Fédération des masseurs-kinésithérapeutes). Les deux sont des démarches volontaires.

Norme AFNOR KinéQuali+

- Faciliter la prise de contact avec le cabinet
- Simplifier la prise de rendez-vous pour l'utilisateur
- Offrir à l'utilisateur un accueil de qualité
- Expliquer clairement les modalités de fonctionnement du cabinet
- Organiser un temps spécifique dans le cadre du premier rendez-vous
- Mettre en œuvre une approche personnalisée de l'utilisateur, de ses attentes et des soins
- Évaluer avec l'utilisateur les résultats des soins et définir les suites à donner
- Promouvoir et contribuer à la prévention et l'éducation à la santé en lien avec la situation de l'utilisateur
- Respecter la confidentialité
- Veiller à un entretien régulier du matériel de soin
- Actualiser ses connaissances et ses compétences

La charte Quali'Kiné est portée par le Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs et supporte une partie de la labellisation qui est fondée sur une auto-évaluation annuelle, via une plateforme en ligne avec un audit conduit par un cabinet d'audit externe.

Charte Quali'Kiné

- 1 - Organiser son exercice pour garantir au patient la qualité, la confidentialité, la sécurité et la bonne exécution technique des soins ;
- 2 - Accueillir les patients, planifier et organiser les soins au domicile et au cabinet. Expliquer la prise en charge et les conditions de remboursement ;

- 3 - Réaliser les soins de masso-kinésithérapie ;
- 4 - Assurer la continuité des soins et la coordination avec les autres professionnels de santé, le secteur médico-social et les proches ;
- 5 - Facturer, recouvrer et archiver ;
- 6 - Assurer sa formation continue, s'informer et s'impliquer dans la promotion de sa profession.

3.5.4. Le label qualité LABELIX en imagerie médicale

La démarche qualité Labelix est portée depuis 2003 par la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) avec la participation du Collège professionnel de l'imagerie (G4) (composé du Collège des enseignants en radiologie française (CERF), de la FNMR, de la Société française de radiologie (SFR) et du Syndicat des radiologues hospitaliers (SRH)). Cette démarche a été intégrée à la nouvelle norme AFNOR de « Démarche qualité en imagerie médicale » (cf. paragraphe 1.2.1), sans la remplacer à ce jour, et devrait conduire à la mise en place d'un audit par les pairs.

Le référentiel est construit selon 10 principes attendus d'un site d'imagerie médicale :

- l'accueil, l'information et le consentement du patient ;
- la sécurité et gestion des risques ;
- l'organisation de l'activité ;
- l'hygiène ;
- la matériovigilance, la pharmacovigilance, l'identitovigilance et la radiovigilance ;
- la radioprotection et la sécurité magnétique des travailleurs et des patients ;
- la prise en charge des incidents et accidents médicaux ;
- l'organisation de l'activité de téléradiologie ;
- la politique et la démarche continue de la qualité ;
- les démarches qualité du site d'imagerie sont mesurées et améliorées.

3.5.5. La démarche qualité des pédicures-podologues

Il s'agit d'une démarche volontaire initiée par l'Ordre national des pédicures-podologues (85). Elle repose sur une auto-évaluation, informatisée, du professionnel sur 5 thèmes qui sont :

- l'hygiène au cabinet (4 critères) ;
- l'infrastructure du cabinet (5 critères) ;
- la sécurité du cabinet (6 critères) ;
- le parcours du patient (6 critères) ;
- la qualité et l'amélioration continue (2 critères).

3.5.6. La démarche qualité à l'officine

Il s'agit d'une démarche volontaire initiée par l'Ordre national des pharmaciens et déployée depuis 2020 (86). Elle repose sur une auto-évaluation, informatisée <https://www.demarchequalityoffice.fr/>. Les thèmes traités sont :

- prise en charge et information de l'utilisateur du système de santé (3 critères) ;
- dispensation des médicaments et autres produits autorisés (5 critères) ;
- missions et services (14 critères) ;
- moyens nécessaires au fonctionnement de l'officine (13 critères).

4. Méthodes et outils pour les démarches qualité des pratiques professionnelles dans les dispositifs étrangers de recertification/revalidation

L'amélioration de la qualité des pratiques est sous-tendue dans toutes les démarches de formation continue, de développement professionnel continu, de recertification ou revalidation, mais peu identifient un axe spécifique dans leur système.

Cet axe est clairement individualisé dans la revalidation des médecins anglais et des professionnels de santé canadiens de la province de l'Ontario.

4.1. Exemples d'activités et d'outils du système anglais

Pour les **médecins anglais**, les activités d'amélioration de la qualité reposent sur la mise en œuvre de programmes construits à l'aide d'outils d'amélioration qualité. Il s'agit pour chaque professionnel d'expliciter le type et la fréquence des activités d'amélioration de la qualité conduites (peut varier selon les spécialités) ; pour donner suite à l'évaluation, montrer les mesures prises dans son activité. Les documents de base sont principalement :

- Le guide « *Training for better outcomes Developing quality improvement into practice* » (programme de formation à la qualité pour acquérir 6 capacités communes) ;
- le [guide des outils d'amélioration de la qualité](#) (construit avec le [Healthcare Quality Improvement Partnership](#)).

Douze outils ont été retenus :

- outils de mesure des soins par rapport à des normes (audit clinique ; contrôles statistiques ; analyse comparative de performance) ;
- outils d'analyse de problème (analyse des causes profondes ; cartographie des processus) ;
- outils de planification de projets d'amélioration des pratiques (*Lean Six Sigma* ; planification ; modèle d'amélioration) ;
- outils de promotion de changement dans la pratique (arbre de décision ; outils de communication ; innovations technologiques).

Exemples d'activités (non exhaustif) :

- travail comparatif aux données locales, régionales ou nationales (ex. : taux de morbidité, mortalité, complications...) ;
- travail comparatif sur ses prescriptions par rapport aux lignes directrices cliniques et sur les déclarations d'évènements indésirables ;
- audit de tenue de dossier (outil Excel disponible en ligne) ;
- audit clinique : outil d'audit individuel p-CAT (outil en ligne accès réservé) ;
- examen et discussion sur des cas ;
- évaluer l'intégration de nouvelles lignes directrices de pratiques ;
- activités dédiées selon les spécialités.

4.2. Exemples d'activités et d'outils du système de l'Ontario

Les **professionnels de santé de l'Ontario** ont des programmes déclinés pour chacune des sept professions. Ces activités d'amélioration de la qualité reposent sur la mise en œuvre de programmes construits à l'aide d'outils d'amélioration qualité et de documents et ressources mis à disposition par chaque organisme professionnel :

- *Quality Assurance Program* (programme d'assurance qualité), pour les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les sages-femmes et les podologues ;
- *Professional Issues Self Assessment* (PISA), pour les kinésithérapeutes ;
- *Assurance and Improvement In Medication Safety* (AIMS), pour les pharmaciens ;
- *Quality Improvement Program* (QIP), pour les médecins et chirurgiens.

Exemples d'activités :

- sondage de pratique ;
- profilage par auto-évaluation ;
- examen auto-guidé de dossiers ;
- auto-évaluation ;
- aide à l'élaboration de plan d'amélioration ;
- coaching ;
- modules d'e-learning et auto-évaluation ;
- complétude d'un e-portfolio ;
- évaluation par les pairs.

4.3. Exemple d'outil vidéo du système américain

De l'analyse des systèmes étrangers, on retrouve des méthodes connues et décrites en France. Une nouvelle méthode prend de l'essor dans le système américain pour les chirurgiens : analyses vidéo/coaching vidéo.

Définition

Réalisation d'une vidéo durant un acte professionnel réel et auto-analyse et débriefing *a posteriori* avec un ou des pairs formés au coaching.

Le coaching par les pairs implique un participant et un coach à des niveaux similaires (87).

Usage

Permet de faire prendre conscience, d'évaluer et de proposer des voies d'amélioration avec l'apport de l'expérience de plusieurs pairs. Investigue l'acte technique, mais également toutes les interactions pendant l'acte proprement dit.

Variantes

Le coaching d'expert englobe un différentiel explicite de connaissances ou de compétences techniques entre le participant et le coach et peut être particulièrement utile pour les chirurgiens qui souhaitent acquérir de nouvelles compétences ou intégrer de nouvelles technologies dans la salle d'opération.

Utilisations possibles

Le coaching chirurgical adopté par les ABMS est le VBA – *Video-Based Assessments* : le chirurgien visualise ses propres performances, ce qui contribue à obtenir un changement de comportement. Le coaching par les pairs basé sur la vidéo associe un chirurgien individuel en pratique à un collègue chirurgien qui a été formé aux principes fondamentaux du coaching.

Exemples de références d'utilisation à l'international

L'utilisation est développée aux USA pour les chirurgiens (87, 88).

Axe 3. Améliorer la relation avec les patients

La relation et la communication avec le patient sont des éléments fondamentaux de la qualité et de la sécurité des soins. Cet axe qui traite de l'amélioration de la relation avec les patients pour les sept professions visées par l'ordonnance¹ est abordé à partir des données françaises et étrangères.

Concernant les données françaises, une synthèse a permis, pour les sept professions concernées, de dégager des axes communs tels que des méthodes, des outils d'aide à la relation avec le patient et d'évaluation de celle-ci.

Pour la revue de littérature étrangère, une synthèse de celle-ci a permis d'aborder les compétences exigées pour le processus de certification, les conditions de leur validation, les critères qualité retenus, les actions, outils et méthodes utilisés pour parvenir à cet objectif.

Par ailleurs, il convient d'apporter une précision concernant l'acception du mot « relation » qui, au travers de la littérature, peut avoir des synonymes ou des définitions proches, comme les termes suivants : « communication, rapport, connexion, liaison ou intersubjectivité ».

1. Études et enquêtes de perception en France

1.1. Étude Harris pour la fondation MASCF : Regard des Français et des professionnels de santé sur la communication patients-soignants (2014)

En 2014, la compagnie d'assurance MASCF (89) avec *Harris Interactive* a réalisé une enquête² portant sur le regard des Français et des professionnels de santé sur la communication patients/soignants. L'objectif était de soutenir des projets ou initiatives pour améliorer la relation patients/soignants : cette étude a investigué certains aspects de la communication, comme la place d'internet, la judiciarisation et leurs évolutions.

Les résultats ont montré que :

- en général, il existe une écoute et une compréhension réciproques ;
- un tiers des professionnels et des patients pensaient qu'il y a une amélioration ces dernières années ;
- trois quarts des Français ont consulté internet avant d'aller chez le professionnel ;
- 30 % des Français ont déclaré tout le temps comprendre les professionnels de santé (vocabulaire, niveau études...) ;
- 7 % des Français et 74 % des professionnels ont estimé que la « judiciarisation » de la santé a contribué à détériorer la communication.

Dans cette enquête, les Français et professionnels ont plébiscité surtout le fait de développer la formation initiale et continue des professionnels de santé en matière de communication ou de donner

¹ Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.

² Enquête échantillon important : 1 000 personnes (panel travaillé avec quota et variable//outil Harris) et 500 professionnels de santé dont 300 médecins – enquête en ligne.

plus de place et d'importance à la famille et aux proches dans les hôpitaux et dans les processus de soins.

Du point de vue du patient, une bonne communication, cela signifie :

- une bonne écoute (temps) ;
- des explications sur les pathologies ;
- un langage simple et accessible ;
- une prise en compte du patient en tant que personne ;
- une place active du patient et de la famille dans la prise en charge ;
- une amélioration de la communication par une évaluation des professionnels et de la formation.

Les patients ont trouvé pertinent d'avoir recours à l'évaluation. Quelques pistes sont proposées comme des tables rondes entre patients et professionnels ou encore l'intervention de médiateurs en cas de conflits.

1.2. Enquête FNIM-BVA, sur « la relation patient-soignant » (2019)

Les principaux résultats d'une [enquête FNIM-BVA](#), sur « la relation patient-soignant », réalisée en novembre 2019 auprès d'un échantillon national de 1 000 personnes sont :

- 4 malades chroniques sur 10 se sont déjà sentis « pas bien pris en charge » et les aidants « insuffisamment pris en compte » ;
- 53 % des Français, 58 % des patients et 69 % des aidants sont déjà sortis de consultation avec des questions qu'ils avaient oublié de poser ;
- 43 % des Français, 46 % des patients et 61 % des aidants se sont déjà sentis « insuffisamment écoutés par le médecin » ;
- le bilan de la dernière consultation à laquelle sont allés les Français interrogés est positif, notamment chez le médecin généraliste. À la question « le médecin a-t-il bien répondu à toutes vos questions de manière compréhensible ? », les patients répondaient par l'affirmative à 92 % en sortant de chez le généraliste et à 88 % après avoir vu un spécialiste ;
- 95 % des Français pensaient que les patients peuvent apporter « des informations utiles au médecin concernant leur expérience du *vivre avec la maladie* » ;
- 91 % des Français étaient conscients des conditions de travail dégradées du personnel hospitalier ;
- 11 % des Français interrogés connaissaient l'ETP ;
- 67 % des Français sont intéressés par des séances d'ETP, mais l'étude faisait état d'un manque d'intérêt pour l'ETP de la part d'une majorité de médecins.

2. Revue de littérature sur l'amélioration de la relation avec le patient

L'objectif de cette revue était d'identifier les moyens utilisés, dans un cadre de recertification, pour aider les professionnels à améliorer la relation avec le patient.

2.1. Sources de littérature identifiées

L'objectif majeur énoncé dans ces références bibliographiques est l'amélioration de la qualité des soins incluant la relation avec les patients dans un contexte de certification ou recertification.

Les articles identifiés sont de trois ordres : des études utilisant, pour la plupart, des méthodes des sciences humaines et sociales qualitatives ou quantitatives (enquête, Delphi, entretiens semi-directifs, entretiens ouverts...), des revues systématiques de littérature et des revues narratives.

2.2. Les techniques, méthodes et outils d'évaluation

Trois méthodes d'évaluation de la relation avec le patient ont été identifiées dans les articles analysés, il s'agit de l'auto-évaluation, de l'évaluation par les pairs et l'évaluation multisource (caractérisé principalement par l'association de feedbacks par des pairs -de la même profession et/ou d'autres professions- et de feedbacks par des patients).

Quatre instruments sont fréquemment utilisés dans les articles analysés pour évaluer la relation et sont détaillés pour exemple ci-dessous. Il ne s'agit donc pas dans ce document d'un recensement exhaustif des techniques, méthodes et outils, ni d'une analyse de leur efficacité.

A noter, qu'un seul traduit et validé dans une version française a été identifié, il s'agit du PSQ-MD (*Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire*) conçu pour évaluer la relation médecin-patient.

PSQ Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD) (90)

Comprend 29 éléments avec quatre catégories de réponses et une catégorie « ne s'applique pas », il explore 4 domaines : l'échange d'informations, les compétences interpersonnelles, l'empathie et la qualité du temps. Le questionnaire a un alpha global de Cronbach de 0,97 ; les valeurs de chaque domaine sont, respectivement, 0,92, 0,90, 0,88 et 0,88. Le PMH/PSQ-MD était bien corrélé avec la Patient-Doctor Interaction Scale et le Patient's Viewpoint Questionnaire ($p < 0,001$ pour les deux). La validité divergente a été confirmée par le questionnaire de qualité de vie de Spitzer. La fiabilité test-retest était de 0,83 et 0,73.

Traduit en français (nommé F-PMH/PSQ MD) soumis au copyright (91).

L'acceptabilité du questionnaire est bonne ($< 10\%$ de non-réponses). La cohérence interne est élevée (score alpha de Cronbach $> 0,7$ pour chaque dimension).

Interprofessional Education Collaborative Competency Self-Assessment Tool (92)

Questionnaire d'auto-évaluation de 42 éléments à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points, développée pour les infirmiers, fondé sur la version 2011 des Compétences de base pour la pratique collaborative interprofessionnelle (IPEC) (93). Une version plus courte, plus aisée d'usage, a été également développée (94) tout en conservant validité et fiabilité (95).

Non traduit en français

D'autres versions dérivées de l'IPEC existent, dont l'*Interprofessional Education Collaborative Competency Self Efficacy Tool* - Versions abrégées IPECC-SET 27 et l'IPECC-SET 9 (96) qui ont été créés à partir de l'IPECC-SET 38 (97), un instrument utilisé pour évaluer l'auto-efficacité des étudiants des professions de santé dans la pratique collaborative interprofessionnelle.

The insightful practice (98)

Intègre deux types de données rétrospectives : données spécifiques collectées par les médecins généralistes eux-mêmes et données recueillies à l'extérieur. Reproductibilité inter-observateurs avec des évaluateurs formés [0,83-0,85] et des évaluateurs non formés : $G=0,31$

Non traduit en français

CFEP360 Client Focused Evaluation Program (99)

Questionnaire multisource (collègues – de la même profession et des autres professions – et patients) construit à partir d'un questionnaire auprès de collègues (*Colleague Feedback Evaluation Tool – CFET*) et d'un questionnaire auprès de patients (*Doctor's Interpersonal Skills Questionnaire – SQIL*). Pour être reproductible, la passation du CFEP 360 nécessite au moins 14 collègues et 25 patients. Le test est utilisable dans un processus de revalidation avec un seuil de détection défini à l'avis négatif de 11 collègues et 16 patients (99). Pour Wright *et al.* (100), la passation du CFEP 360 nécessite plus de questionnaires pour être reproductible ($G > 0,70$) : 15 collègues côtoyés régulièrement (5 médecins, 5 professionnels de santé autres et 5 administratifs) et 34 patients

Non traduit en français

2.2.1. L'auto-évaluation

Monahan *et al.* (101) ont évalué les compétences professionnelles de 49 internes en médecine, dans une étude prospective interventionnelle pré-post observation/accompagnement d'une infirmière certifiée dans 4 domaines : communication interprofessionnelle, sensibilisation aux rôles et responsabilités, équipes et travail d'équipe, et valeurs et éthique pour la pratique interprofessionnelle. L'auto-évaluation avant/après des compétences des internes a été réalisée à l'aide de l'*Interprofessional Education Collaborative Competency Self-Assessment Tool*. L'évaluation post-observation/accompagnement (vs pré) était significativement améliorée ($p < 0,00$) dans des proportions allant de + 5,3 à 10,8 % selon les domaines. Il apparaissait donc qu'une expérience d'observation relativement brève entraînait une amélioration des connaissances sur les compétences nécessaires.

2.2.1. Le feedback des patients

Baines *et al.* (102) ont mené une étude de méthodologie mixte. Ils ont réalisé d'une part, des analyses statistiques à partir des données quantitatives continues, et d'autre part, une analyse thématique inductive³ des réponses aux questions ouvertes. L'échantillon de population ($n = 26\ 171$) a été constitué dans le cadre d'une enquête nationale de recensement de tous les médecins autorisés à exercer au Royaume-Uni. Les auteurs ont mis en évidence une variabilité, selon la spécialité médicale, du taux de réponse des patients, mais également du taux de réponse au questionnaire. Cette recherche a apporté également une compréhension théorique des motifs qui sous-tendent la rétroaction des patients.

Aux Pays-Bas, Sehlbach *et al.* (103) dans une étude à partir des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 25 patients provenant de deux sites hospitaliers, ont mis en lumière leur souhait d'avoir un rôle dans l'évaluation de la performance des médecins (apprentissage et prise de décision) et dans la formation continue.

Au Royaume-Uni, Baker *et al.* (104) ont réalisé une enquête auprès de 6 433 patients consultant 171 médecins généralistes grâce à un questionnaire de satisfaction de la consultation. Les patients ont rempli le questionnaire et leurs commentaires ont été classés en positifs, neutres ou négatifs. Après avoir fait la moyenne de chaque échelle pour chaque médecin, les scores moyens (écart-type), sur un score possible de 100, étaient : satisfaction générale 78,1 (écart-type 7,2) ; soins professionnels 82,1 (écart-type 6,1) ; relation 71,2 (écart-type 7,1) ; temps perçu 65,7 (écart-type 7,6). Une étude de fiabilité (qui permet d'estimer la fiabilité de 0 à 1 des scores au *Consultation satisfaction questionnaire* pour

³ Pour en savoir plus sur l'[analyse thématique](#) inductive

différents nombres de répondeurs pour chaque médecin) a indiqué qu'il était nécessaire de recueillir les évaluations de 19 patients pour obtenir un coefficient de « reproductibilité » de 0,80.

Quinze médecins généralistes avaient un ou plusieurs scores inférieurs à deux écarts-types de la moyenne. Pour ces derniers, les commentaires des patients étaient également plus souvent négatifs.

Par ailleurs, il apparaissait que la plupart des patients étaient satisfaits de leur expérience de consultation et de la démarche d'utiliser leurs commentaires comme une source formative, confirmant ainsi, l'étude de Sehlbach *et al.* (103). Baker *et al.* (104) ont conclu que les commentaires des patients peuvent identifier les médecins qui ont besoin d'un soutien pédagogique et éventuellement d'une remédiation, mais ont souligné en outre, la nécessité de convenir, d'une part, des seuils d'alerte aux scores, et d'autre part, du poids à accorder à l'expérience du patient par rapport à d'autres aspects de la performance.

2.2.2. Évaluation multisource

Au Royaume-Uni, pour déterminer la revalidation médicale des médecins généralistes, Murphy *et al.* (105) ont testé l'évaluation de médecins par l'*Insightful practice* : évaluation de la pratique perspicace qui juge les médecins sur la qualité de leur réflexion et l'appropriation de leur action en réponse aux données de rétroaction dont les commentaires externes. Cette méthode comprenait sept composantes : opinion patients et collègues, auto-évaluation, tests de connaissances, plaintes et données externes (qualité clinique et sécurité de la prescription). La fiabilité était calculée avec l'aide de la théorie G de la généralisabilité⁴. L'évaluation en face à face a été évaluée comme peu fiable, contrairement à l'évaluation globale anonyme (par trois évaluateurs de la pratique perspicace) qui a été évaluée très fiable (G = 0,85), tout comme les décisions de revalidation par quatre évaluateurs anonymes (G = 0,83). Pour les auteurs, l'évaluation anonyme de la pratique perspicace est une méthode valide et fiable pour décider de la revalidation du médecin généraliste.

Al-Khalifa *et al.* (106), dans une revue systématique de littérature portant sur le feedback multisource (caractérisé par l'association de feedbacks par des pairs -de la même profession et/ou d'autres professions- et de feedbacks par des patients) ont identifié de 786 publications, les auteurs ont sélectionné 8 articles répondant aux critères prédéfinis. Les conclusions validaient l'intérêt d'outils de feedback multisource pour évaluer la pratique chirurgicale, en particulier pour les compétences non techniques, comme les compétences de communication, relationnelles interpersonnelles, la collégialité, l'humanisme et le professionnalisme.

Campbell *et al.* (99) dans une étude ont analysé plus de 10 000 questionnaires CFEP360 avec des retours de collègues et de patients. Les résultats montraient que ces outils sont fiables et valides. La fiabilité était calculée avec l'aide de la théorie G de la généralisabilité. Pour obtenir une évaluation fiable, il est nécessaire d'avoir au minimum 14 réponses de collègues et 25 réponses de patients, si le CFEP360 doit être utilisé pour une évaluation de performance avec un enjeu élevé, comme la certification, par exemple (statistique de généralisabilité $G >$ ou $= 0,80$). L'approche collègues et patients est un des éléments essentiels du processus de revalidation mis au point par le *General Medical Council* (Ordre des médecins britannique).

L'étude de Narayanan *et al.* (107), portait sur les données de feedback d'environ 2000 médecins, appartenant à quatre groupes différents. Et, des données ont été également recueillies par

⁴ Pour en savoir plus, [exemple](#) en évaluation médicale

échantillonnage non probabiliste (non aléatoire) auprès de près de 100 000 patients et 24 000 collègues. L'objectif de cette étude était d'explorer les relations entre le feedback des patients, le feedback des collègues et l'auto-évaluation réalisée à l'aide des mêmes questionnaires que ceux utilisés par les patients et les collègues. A l'auto-évaluation, les médecins se sont attribués des scores inférieurs au questionnaire patient et au questionnaire collègue (10 et 12%, respectivement). Toutefois, l'auto-évaluation était faiblement mais statistiquement corrélées avec les scores patients et collègues.

Au Mexique, une étude nationale menée par Pascual-Ramos *et al.* (108) a évalué, par des patients et des médecins examinateurs, huit domaines de compétences en communication, à l'aide d'une échelle de Likert⁵. Les évaluateurs patients et médecins ont été formés. Les corrélations ont été calculées à l'aide du coefficient de Pearson. Les 8 compétences en communication des candidats évalués lors de l'examen d'accréditation étaient :

1. accueil et présentation du patient ;
2. explication au patient de ce que le candidat fera pendant la rencontre ;
3. comprendre de la part du patient l'explication concernant le candidat ;
4. perception (du patient) quant à l'intérêt des candidats pour les commentaires faits par le patient ;
5. contact visuel entre le candidat et le patient ;
6. empathie du candidat vis-à-vis du patient ;
7. soin (de la part du candidat) dans l'exécution de l'examen et/ou de la procédure ;
8. le candidat perçoit que le patient ressent de la douleur pendant l'examen et/ou la procédure.

Les résultats montraient une corrélation faible à moyenne entre l'évaluation réalisée par les patients et celle réalisée par les médecins. Les patients attribuaient en général un score supérieur.

Une étude de méthodologie mixte réalisée en Suisse par Rothenfluh & Schulz (109), a été menée selon deux étapes. Après une étude Delphi auprès de médecins de diverses spécialités pour faire émerger les critères pouvant déterminer un « bon docteur », une étude croisée auprès de 211 patients a été réalisée. L'analyse des données a montré que, dans la majorité des cas, les médecins et les patients étaient d'accord sur les aspects importants des soins (niveau d'accord de 74,3 %). Les deux parties étaient en accord sur l'aspect déterminant de l'infrastructure, du personnel, de l'organisation et des compétences interpersonnelles, pour déterminer un « bon médecin ». Ils jugeaient que ces éléments pouvaient être évalués par les patients. En outre, les compétences techniques d'un médecin et les résultats des soins ont également été jugées majeures. Sur ces dernières compétences les deux parties ont été en accord pour les considérer comme non évaluables par les patients.

Une étude transversale, réalisée aux USA, par Morrell & Stratmann (110) a mis en regard les performances, de près de 400 médecins, au processus de maintien des compétences avec les résultats d'une enquête réalisée auprès de patients. L'objectif était de déterminer les liens entre le ressenti du patient et la certification par le conseil des médecins ou le statut de certification par le MOC (*Maintenance of Certification* – MOC). Les résultats ont mis en évidence que les médecins certifiés, inscrits au MOC, n'avaient pas de scores d'expérience des patients statistiquement différents par rapport à ceux non-inscrits au MOC. Pour les médecins en milieu de carrière, les patients étaient plus enclins à recommander les inscrits au MOC (vs non-inscrits) et déclaraient une plus grande confiance

⁵ Outil psychométrique appelé parfois « échelle de satisfaction ».

en eux. Les patients ne percevaient pas les médecins participant aux modules sur la sécurité des patients du MOC comme étant plus prudents dans la prestation de soins.

2.2.1. L'impact de la santé personnelle sur la relation-patient

Dans une récente revue systématique de littérature, Tarwfk *et al.* (111) ont cherché à déterminer la relation globale entre l'épuisement professionnel et la qualité des soins. Les auteurs ont identifié 11 703 références, à partir desquelles 123 publications avec 142 populations d'étude englobant 241 553 professionnels de santé (essentiellement des médecins et des infirmiers) ont été sélectionnées. Les résultats de la qualité des soins ont été regroupés en 5 catégories : meilleures pratiques (n = 14), communication (n = 5), erreurs médicales (n = 32), résultats pour les patients (n = 17) et « qualité et sécurité » (n = 74). Les relations entre burnout et qualité des soins étaient très hétérogènes ($I^2 = 93,4 \% \text{ à } 98,8 \%$). Sur 114 combinaisons uniques d'épuisement professionnel et de qualité, 58 indiquaient un épuisement lié à des soins de mauvaise qualité, 6 indiquaient un épuisement professionnel lié à des soins de haute qualité et 50 n'ont montré aucun lien significatif. Les études étant principalement observationnelles, les auteurs n'ont pas pu déterminer de lien de causalité entre ces différents facteurs.

Une autre revue systématique de littérature de Pérez-Francisco *et al.* (112) s'est focalisée sur la profession d'infirmière. Les auteurs portaient du constat que l'augmentation de la demande de soins n'a pas entraîné une croissance proportionnelle du nombre d'infirmières en soins primaires. L'objectif de cette revue de littérature était d'identifier les relations entre surcharge de travail, mauvais état de santé, épuisement professionnel, qualité et sécurité dans les services. Il s'agissait également de différencier les méthodes d'étude et les instruments de mesure des phénomènes. À partir de 2 022 références, les auteurs ont sélectionné 45 articles répondant aux critères. Les études sur lesquelles s'appuyait cette revue ont permis de constater que l'ampleur de ce phénomène est mondiale. La revue a montré qu'il existait une forte pression de soins pour les infirmiers de soins primaires, qui subissaient de nombreuses altérations de leur santé en raison du syndrome d'épuisement professionnel. De façon corolaire, cette situation contribuait à la dégradation de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Cependant, Pérez-Francisco *et al.* (112) concluaient sur nécessité de nouvelles études pour déterminer le degré de relation entre la pression professionnelle élevée subie par les infirmiers et l'atteinte des objectifs de santé à la fois pour les professionnels eux-mêmes et pour les patients.

2.2.2. Autres éléments interférant sur la qualité de la relation avec les patients

La revue de littérature a permis d'identifier des articles qui abordent d'autres leviers d'amélioration de la relation avec le patient. Il s'agit de discussion sur la place des leviers réglementaires et des incitatifs financiers qui ne sont pas développés ici en raison de l'absence de données évaluées (6 revues narratives (113-118)).

Browne *et al.* (119) dans une revue de littérature ont analysé le rôle de la réglementation des professions de la santé dans des pays anglo-saxons et nord-européens. À partir de 3 833 références en langue anglaise initialement identifiées, les auteurs ont sélectionné 81 références répondant aux critères préalablement définis. Les auteurs ont fait le constat que la faiblesse méthodologique des études ne permettait pas de conclure sur le lien de causalité entre les éléments réglementaires et les éléments observés en termes de pratique ou d'exercice.

3. Les droits des patients

Les droits individuels concernent les droits des personnes malades et du patient hospitalisé. Tout usager du système dans le cadre des soins, d'actes médicaux à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou préventifs a des droits qui sont définis dans le CSP.

3.1. Droits fondamentaux des personnes

Les droits fondamentaux de la personne (tableau 15) se réfèrent aux principes de protection de personnes (autonomie, bienveillance, justice, éthique médicale). Les droits sont déclinés dans un guide, « Usagers, votre santé, vos droits », publié par le ministère de la Santé (120).

Tableau 15. Fiches du guide « Usagers, votre santé, vos droits » (ministère...)

Le droit à l'information et au consentement

Information sur son état de santé, information du patient, participer à la décision et consentement libre et éclairé	Fiche 8 : l'information du patient
Accès direct à son dossier médical	Fiche 11 : l'accès au dossier médical
Droit de refuser un traitement	Fiche 10 : le consentement aux soins
La personne de confiance	Fiche 9 : la personne de confiance
Les directives anticipées	Fiche 20 : les directives anticipées
Protection légale des personnes incapables de consentir	Fiche 4 : les soins aux personnes majeures protégées
Protection des personnes mineures	Fiche 13 : les soins aux personnes mineures

Protection de la santé

Égal accès à des soins appropriés	Fiche 1 : l'accès aux soins Fiche 3 : les soins aux personnes en situation précaire Fiche 6 : les soins psychiatriques Fiche 7 : les soins à domicile Fiche 14 : les soins aux détenus
Principe de non-discrimination	Fiche 2 : le refus de soins par un professionnel de santé
Qualité et continuité des soins et sécurité sanitaire	Fiche 16 : les indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction Fiche 18 : le bon usage des médicaments
Soins palliatifs et soulagement de la douleur	Fiche 17 : la prise en charge de la douleur Fiche 21 : les soins palliatifs Fiche 22 : fin de vie
Réparation du préjudice subi	Fiche 25 : les voies de recours en cas de dommages liés aux soins

Dignité et respect de la personne

Respect de la dignité	Fiche 19 : la bientraitance
Respect de la vie privée, secret médical et confidentialité des données personnelles : respect de l'intimité/droit d'être traité avec égard/respect des croyances et des convictions	Fiche 12 : le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé

3.2. Les droits spécifiques du patient hospitalisé

Les droits du patient hospitalisé, en dehors des dispositions particulières relatives à l'hospitalisation sans consentement, concernent :

- le libre choix de son établissement ;
- le droit de quitter à tout moment l'établissement ;
- l'information sur les frais afférents à la prise en charge ;
- l'information sur les conditions de séjour ;
- le droit d'exprimer ses griefs ;
- le droit à un suivi scolaire de l'enfant hospitalisé.

Les droits sont déclinés dans la charte de la personne hospitalisée (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>)

4. Principes déontologiques et règlementaires

La relation au sein du système de santé ne se limite pas à la relation médecin-malade ou soignant/thérapeute-patient, elle concerne également la relation avec les proches ou avec toute personne qui recourt au secteur sanitaire et/ou médico-social, que ce soit en établissement comme en ambulatoire ou pour une prise en charge à domicile. C'est la notion d'usager du système de santé qui est utilisée.

Le droit des usagers recouvre des droits individuels et des droits collectifs qui sont promus par les dispositifs de la démocratie en santé. Celle-ci a été consacrée par la [loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui reconnaît les droits attachés à la personne dans ses relations avec le système de santé.

Pour cet axe, l'analyse se limitera aux droits individuels et plus spécifiquement à la relation avec le patient et ses proches au décours des soins.

4.1. Les obligations règlementaires

Les professionnels sont soumis à une obligation d'information du patient avec des particularités pour certaines spécialités ou certains actes, et selon la situation du patient (âgée, état psychique...) et au respect du secret médical et professionnel. Les grands principes inscrits dans le [CSP](#) sont rappelés dans les paragraphes suivants.

4.2. Les codes de déontologie

Les obligations professionnelles sont reprises dans les codes de déontologie des professions (tableau 9) de santé qui sont repris dans le CSP.

Les codes explicitent les obligations, comportements attendus des professionnels. Ils sont en lien avec les valeurs de la profession, les obligations règlementaires et les droits des patients.

Les relations avec le patient sont plus ou moins détaillées selon les codes. Sont traités les points relatifs :

- au consentement ;
- aux informations aux patients ;
- aux attitudes vis-à-vis du patient.

4.2.1. Une obligation générale d'information du patient et une obligation de respect du secret médical

L'obligation d'informer le patient incombe au professionnel de santé :

- articles L. 1111-2 et R. 4127-35 du CSP ;
- article 16-3 du Code civil.

Et c'est à lui de prouver qu'il a rempli cette obligation afin de permettre au patient de donner un consentement éclairé en délivrant une information claire, loyale et appropriée.

Article L. 1111-2 du CSP

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Article 16-3 du Code civil

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Ce principe connaît de rares exceptions comme celle liée à l'urgence ou dans le cas particulier de l'exception thérapeutique.

Article R. 4127-35 du CSP

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

4.2.2. Des obligations spécifiques d'information pour certaines spécialités

Chaque spécialité doit connaître les obligations qui lui incombent. À titre d'exemple, quelques spécificités lors d'actes de chirurgie esthétique ou de l'implantation de produits dans le corps humain.

Chirurgie esthétique

L'[article L. 6322-2 du CSP](#) prévoit qu'une information, avant une intervention de chirurgie esthétique, avec le délai minimum de réflexion, doit porter sur les conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi que l'identité du praticien.

Produits implantés

[Décret n° 2015-1171 du 22 septembre 2015](#) relatif à l'information à délivrer à la personne concernée préalablement à une intervention de chirurgie esthétique et postérieurement à l'implantation d'un dispositif médical : une information doit être donnée quant aux caractéristiques et à l'identification du produit implanté ; le lieu et l'utilisation du produit ; la durée de vie limitée du produit ; la nécessité le cas échéant de réintervention ; les effets indésirables qui en découlent ; le suivi médical particulier requis (art. D. 6322-30-1 du CSP).

4.2.3. Une obligation spécifique d'information en cas de dommage associé aux soins

En cas de dommage, une information relative aux causes et circonstances de ce dommage doit être délivrée dans un délai de 15 jours suivant sa découverte ([art. L. 1142-4 du CSP](#)).

Article L. 1142-4 du CSP

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Si la victime est un majeur protégé, la personne chargée de la mesure de protection doit également être informée.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

4.2.4. Information sur les tarifs

Le [décret du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé](#) précise que le montant des honoraires ou la fourchette des tarifs pratiqués ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie correspondant aux prestations les plus courantes doivent être affichés de manière visible et claire, dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice de tous les professionnels de santé (art. R. 1111-21).

5. Les engagements et principes portés par certaines professions ou spécialités

5.1.1. La profession d'infirmier

L'Ordre national des infirmiers a fait paraître, en février 2022, un document intitulé « Proposition de l'ordre : pour un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable » (121).

Ses objectifs sont :

- mettre au cœur des pratiques les soins apportés aux patients ;
- faire évoluer et partager des compétences dont le numérique ;
- garantir l'accès des infirmiers diplômés d'État (IDE) aux dispositifs de CP régulière pour qualité et sécurité des soins.

Valeurs énoncées dans ce document concernant la relation au patient :

- faciliter l'accès des patients aux IDE ;
- renforcer la place des usagers dans le parcours de soins ;
- élargir la représentation des usagers et les former en ce sens ;
- humaniser l'accueil en établissement ;
- faire du patient un acteur du parcours de soin ;
- favoriser l'écoute et les attentes ;
- participer à donner les bonnes informations en santé publique ;
- proposer des médiateurs numériques.

5.1.2. La profession de médecin

En 2021, l'Académie nationale de médecine a fait paraître un rapport concernant la relation médecin-malade (122). Celui-ci vise l'optimisation du résultat thérapeutique grâce à la qualité de la relation médecin-malade. Il est rappelé que « la qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal. Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage, elle vise à établir la confiance, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique ».

L'Académie émet les recommandations suivantes :

- privilégier en toutes circonstances, dans un esprit de dialogue, une relation empathique avec le malade, fondée sur l'écoute et la prise en compte de ses préoccupations et de ses plaintes ;
- commenter en consultation tout ce qu'on fait avec l'ordinateur et faire bénéficier autant que possible le patient de la vue de l'écran ;
- considérer les recherches du patient sur internet comme une démarche légitime, et la faciliter au besoin en lui indiquant un site fiable suivant sa pathologie. Obtenir à cette fin de la part des instances professionnelles une labellisation des sites recommandables ;
- partager avec le patient une compréhension des apports de l'intelligence artificielle pour des choix médicaux plus sûrs dans le cadre d'une relation centrée patient ;
- faire en sorte que, hors situations d'exception ou d'urgence, la consultation présente soit préférée à la téléconsultation, réservée elle-même au suivi de certaines pathologies ;

- favoriser le développement et la diffusion des méthodes d'apprentissage de la relation médecin-malade dans les facultés de médecine, en créant notamment un réseau national de responsables universitaires à l'image des collègues de spécialité.

Toujours en 2021, en période post-crise sanitaire est paru le « Livre blanc du praticien connecté » (123) comprenant de nombreux témoignages de médecins. Il présente également les avancées technologiques liées au numérique médical. En ce sens, il aborde la communication via les outils numériques : téléconsultation, réseaux sociaux, robots... et leurs implications juridiques. Ce document propose également des podcasts à valeur pédagogique, des diaporamas et vidéos réalisés par des professionnels de santé et qui abordent le numérique en santé y compris les impacts ou incidences avec la communication avec le patient.

5.1.3. La profession de gynécologue-obstétricien

En 2021, une charte élaborée par Collège national des gynécologues et obstétriciens français (124), dite « Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique », vise à communiquer aux patientes les conditions (respect) pour une consultation gynécologique ou obstétrique. Cette charte pose les conditions à la consultation ainsi que les valeurs exprimées : bienveillance, respect, écoute, dialogue, accord pour tout acte, explication pour tout acte, respect de la pudeur et le refus ou l'interruption de l'examen clinique doivent être respectés.

5.1.4. La profession de masseur-kinésithérapeute

Le Conseil national de l'ordre des kinésithérapeutes a lancé une campagne de prévention et de lutte contre les violences sexuelles « pour une relation thérapeutique saine et sécurisée », visant à prévenir les situations déviantes ou à risque.

Des [outils](#) sont mis à disposition :

- un guide (125) ;
- un outil d'évaluation (125) ;
- un questionnaire à destination des patients visant à évaluer la relation thérapeutique et une affiche à disposer dans les cabinets (125) ;
- un [kit de communication](#).

Parallèlement, un [protocole de transmission](#) des signalements d'infractions sexuelles reçus par l'Ordre au Parquet de Paris a été signé.

5.1.5. La profession de pédicure-podologue

En 2019, l'Ordre national des pédicures-podologues propose une démarche pour la qualité des soins (85) et la sécurité des patients. La profession exprime ses valeurs en précisant que « patient » est le maître mot sur lequel repose le code de déontologie.

Ce document propose des fiches techniques élaborées par des experts. Concernant les aspects relationnels, il est précisé :

1. informer et obtenir le consentement du patient ;
2. assurer la qualité de l'accueil ;
3. respecter le secret professionnel.

5.1.6. La profession de pharmacien

La Société française de pharmacie clinique (86) a, par ailleurs en 2022, rédigé un ouvrage intitulé : « Bonnes pratiques en pharmacie clinique » qui propose d'énoncer des recommandations concernant les relations avec le patient. Ces recommandations sont la base de l'action du pharmacien : s'intéresser au patient avant tout en se centrant sur son projet de soin. Le texte, fondé sur les travaux de Engel de 1977, précise l'ancrage bio-psychosocial de cette vision globale (86). Cette approche propose une intégration des caractéristiques objectives de la pathologie (biologique), des comportements des individus face à la maladie (psychologique) et de leur environnement (social). Ce document propose des outils pour la pratique et des références bibliographiques.

6. Les compétences attendues pour la relation avec le patient

Les référentiels métiers et compétences des professionnels visent l'amélioration de la sécurité et la qualité des soins ainsi que le développement professionnel via l'évaluation des compétences médicales. Ils traitent de la relation avec le patient.

6.1. La profession de chirurgien-dentiste

Le [référentiel métier et compétences des chirurgiens-dentistes](#) précise en introduction que « la compétence du chirurgien-dentiste a des conséquences directes sur la santé et sur la vie des patients ». Les compétences sont appréhendées à partir de 11 séquences de soins et une liste de savoir-faire indispensables au métier, dont « savoir-faire de communication ».

Savoir-faire de communication

- Écouter le patient et apprécier sa demande
- Hiérarchiser les attentes du patient
- Repérer les inquiétudes, le stress et prévenir les réactions du patient
- S'exprimer et échanger en termes clairs et intelligibles
- Évaluer la compliance du patient
- Obtenir l'adhésion du patient
- Développer le travail d'équipe au sein de la structure de soin
- Développer le travail d'équipe au sein du réseau de soin
- Échanger avec :
 - les professionnels de santé et notamment ses confrères pour le traitement des patients et l'échange des connaissances
 - les responsables administratifs de la santé
 - les organismes de prise en charge
 - les techniciens de laboratoire
 - les partenaires commerciaux
- Utiliser les moyens de communication et d'information contemporains, notamment internet et les logiciels didacticiels
- Maîtriser une langue vivante étrangère

6.2. La profession d'infirmière

Le référentiel de compétences du diplôme d'État d'infirmière (126) présente les compétences métier. Les valeurs et engagements de la profession pour la relation avec le patient se retrouvent dans la compétence 6, « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». Des critères d'évaluation et des indicateurs sont définis.

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (126)

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps

Évaluer, anticiper, prévenir les risques liés à la diminution ou à la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité

Adapter, sécuriser l'environnement de la personne

Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propice à l'intervention soignante en tenant compte du niveau de compréhension de la personne

Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soins en prenant en compte son histoire de vie et son contexte

Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication

Rechercher, instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique

Informar une personne sur les soins en cherchant son consentement

Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, de conflits et d'agressivité

Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées

6.3. La profession de masseur-kinésithérapeute

Le référentiel de compétences (127) du DE de masseur-kinésithérapeute présente les compétences métier.

Ce référentiel présente des compétences détaillées, des critères d'évaluation, des indicateurs. Dans ces indicateurs d'évaluation, on note : spécificité du patient, bienveillance, neutralité, attention, recherche de l'expression du patient, respect des droits et des valeurs, questionnements éthiques, respect du cadre déontologique, mise en confiance (conditions), prise en compte des attentes.

La compétence 5 : établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie.

Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie (127)

- Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe
- Développer une relation de partenariat
- Adapter sa communication et la nature des informations communiquées, expliquer les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention kinésithérapique en prenant en compte la pathologie, le niveau de connaissances, les représentations de l'environnement social, professionnel et culturel, et le niveau de langage ainsi que l'état psychologique
- Expliquer le déroulement de la prise en charge et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage
- Négocier et construire des modalités de l'intervention en fonction des objectifs du projet thérapeutique
- Faciliter, développer, analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe
- Rechercher et maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient
- Responsabiliser la personne, la famille et l'entourage tout au long de la prise en charge
- Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique
- Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient

6.4. Les professions de médecin et chirurgien

Toutes les spécialités de cette profession n'ont pas un référentiel métier et compétences spécifiques.

6.4.1. Chirurgien

Le référentiel métier et compétences (128) vise l'amélioration de la sécurité et la qualité des soins ainsi que le développement professionnel via l'évaluation des compétences médicales. Avec une approche méthodologique basée sur des situations types pour chaque spécialité, le document aborde les compétences attendues dans la relation avec le patient.

Référentiel de compétences (128)

- Expliquer les gestes et leurs conséquences
- Dialoguer pour s'assurer de la compréhension
- Informé sur le ratio bénéfices/risques
- Délivrer une information claire et adaptée
- Établir une relation empathique
- Annoncer avec tact et humanité des pronostics ou événements négatifs
- Reformuler
- Discuter sur le mode de vie et les activités du patient
- L'aider à prendre des décisions

6.4.2. Médecin généraliste

Dans le référentiel métier et compétences (129), les compétences sont appréhendées à partir de 16 séquences de soins et une liste de savoir-faire indispensables au métier, dont le « savoir-faire d'information et de communication avec les patients ».

Savoir-faire d'information et de communication avec les patients (129)

Être capable de gérer le premier contact avec les patients

Être capable d'adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient

Créer les conditions d'une relation interpersonnelle soignante adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie, en particulier en présence de tiers

- Manifester une écoute active et empathique
- Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet : expliquer et négocier une décision, une prescription ; annoncer une nouvelle grave
- Prendre en compte ses préférences et affects et ceux du patient sujet
- Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient

6.4.3. Neurochirurgien

Dans le référentiel métier et compétences (130), les compétences sont appréhendées à partir de 6 séquences de soins types et une liste de savoir-faire indispensables au métier, dont le « savoir-faire d'information et de communication avec les patients ».

Savoir-faire d'information et de communication avec les patients (130)

Être capable de :

- établir une relation d'écoute empathique avec un patient
- délivrer une information claire et adaptée aux caractéristiques (personnelles, sociales, culturelles...) du patient, de sa famille et de son entourage
- annoncer avec tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...)
- reformuler (une demande, des symptômes, un diagnostic, une stratégie d'intervention...) dans les mots du patient pour s'assurer de sa compréhension
- vérifier ce qui a été communiqué à un patient avant d'engager un dialogue avec lui
- favoriser le dialogue avec le patient, notamment en cas d'échec thérapeutique
- respecter l'intimité des patients
- aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices et des risques des diverses solutions thérapeutiques

6.4.4. Radiologue

Dans le référentiel métier et compétences (131), les compétences sont appréhendées à partir de 11 séquences de soins types et une liste de savoir-faire indispensables au métier, dont le « savoir-faire relationnel avec les patients ».

Savoir-faire relationnel avec les patients (131)

Être capable de :

- percevoir l'attente de l'autre, établir une relation d'écoute empathique
- reformuler et réexprimer les choses avec les mots du patient
- s'assurer que le patient a bien compris
- avant de parler à un malade, s'informer de ce qui lui a déjà été dit par d'autres

- se concerter en équipe sur le discours cohérent et ouvert à tenir
- respecter le discours du patient (surtout en cas d'échec thérapeutique)
- informer le patient du diagnostic, mais aussi du traitement préconisé
- aider le patient à décider lui-même, au vu d'un bilan prévisionnel, des bénéfices et des risques
- adapter son langage aux différents niveaux sociaux et/ou culturels
- respecter l'intimité, les pudeurs des patient(e)s, tout en sachant aussi oser et savoir dire les choses qui doivent être dites
- communiquer également avec la famille ou l'entourage du patient
- affronter avec tact et humanité les situations où il faut communiquer sur un pronostic d'évolution invalidante ou de mort probable

6.5. La profession de pédicure-podologue

L'arrêté du 19 mai 2016 modifiant l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue (132) contient le référentiel de formation. Une des sept activités du métier a un lien avec la relation patient : conseils, éducation, prévention. Par ailleurs, la compétence 5 « communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention » est dédiée à la relation avec le patient.

Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention (132)

Établir les conditions de communication

Accueillir et écouter une personne

Rechercher et instaurer un climat de confiance

Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations

Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale

6.6. La profession de pharmacien

Le référentiel de pharmacie d'officine (133), élaboré par la Société française de pharmacie clinique, les engagements de cette profession concernant la relation au patient sont énoncés. Il s'agit de : faciliter la relation, améliorer la compréhension, tracer la procédure d'accueil (physique, téléphonique et électronique (logigramme)), prioriser l'accueil par rapport à toute autre activité, évaluer les conditions d'accueil : enquêtes de satisfaction, client mystère, développer des compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation.

Référentiel de pharmacie d'officine (133)

Développer une politique de communication

Accueillir et orienter le patient

S'impliquer dans un programme d'ETP

Accompagner le patient pour susciter une bonne adhésion thérapeutique

6.7. La profession de sage-femme

Dans le référentiel métier et compétences (134) émanant de l'ordre des sages-femmes de 2010, les compétences sont appréhendées à partir de 8 séquences de soins types et une liste de savoir-faire

indispensables au métier, dont le « savoir-faire d'information et de communication avec les femmes et leur entourage ».

Les compétences transversales relatives à la relation avec le patient traitent de la communication, du respect des droits, des besoins et des attentes. La déontologie et l'éthique médicale y ont une place et notamment l'approche d'un développement d'une réflexion éthique, de la nécessité du cadre législatif et réglementaire par rapport à la protection des personnes. Enfin, le savoir-faire en termes d'information et de communication fait également partie de ces compétences transversales.

Savoir-faire d'information et de communication avec les femmes et leur entourage (134)

Être capable de :

- établir une relation d'écoute empathique avec la femme et prendre en compte dans sa pratique le mode de vie, les croyances, le bagage culturel, le soutien social et les capacités de la femme et de son entourage ;
- appliquer des techniques de *counselling* (méthode d'entretien individuel d'aide à la personne) et des techniques d'entretien collectif ;
- délivrer une information claire et adaptée à la compréhension de la femme, de sa famille et de son entourage ;
- aider la femme à prendre sa décision en l'informant ;
- aider la femme et/ou le couple à comprendre l'organisation des soins en réseaux ;
- respecter l'intimité de la femme.

7. Méthodes et outils développés, en France, pour la relation avec le patient

Depuis 2011, le ministère organise le [dispositif « Label et concours »](#) pour valoriser les initiatives exemplaires ou les projets innovants en faveur du droit des usagers qui sont disponibles sur le site du ministère.

Pour le rapport du professeur Uzan (135), dans sa mission sur la recertification (qui vise à l'exercice d'une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues), une médecine de qualité implique une amélioration de la formation et de la qualité de vie des acteurs de santé, ainsi que l'amélioration et l'optimisation des relations entre médecins, usagers et patients. Le comité de pilotage a exploré les expériences internationales et en a extrait des éléments clés liés à l'activité de cette profession, à savoir :

- participer aux démarches, aux réflexions du couple professionnel de santé-soigné ;
- tenir compte de l'avis des patients ;
- informer de façon loyale et documentée ;
- mettre en place des décisions partagées ;
- faire participer des patients experts, voire des patients formateurs ;
- mettre en place un « retour patient » (questionnaires, consultations) ;
- développer les auto-évaluations ;
- enseigner l'empathie.

Les études et rapports analysés font référence à de nombreux outils comme :

- les fiches techniques comme support d'information (136) ;

- les vidéos et films dans leur aspect pédagogique (137) ;
- des guides (137, 138) ;
- l'écriture et la diffusion de livres blancs (121) ;
- des procédures écrites (accueil) ;
- l'intervention, la participation de patients experts, voire de patients formateurs (135) ;
- un environnement matériel favorable à la communication (132) ;
- une veille professionnelle.

Cette identification de documents de référence, méthodes ou outils utiles n'est pas un état des lieux exhaustif ou prescriptif, et il ne s'agit pas d'une revue de l'évaluation de leurs résultats. Ils constituent une base générale pour les sept professions et n'incluent pas les déclinaisons par spécialités, spécificités d'exercice ou par pathologies.

L'annexe 3 présente une proposition de ressources pour l'axe 3 « améliorer la relation avec les patients ». Le classement thématique adopté est celui le plus fréquemment retrouvé dans les documents de la HAS. Mais il n'a pas de valeur prescriptive. Des méthodes ou outils peuvent être répertoriés dans plusieurs axes de la certification.

7.1. Informer et communiquer

7.1.1. Informer le patient et annonce d'un diagnostic

L'annonce d'une **mauvaise nouvelle ou d'un dommage** associé au soin est un moment particulier de la communication entre professionnels et patients. En effet, la relation est complexifiée s'il y a erreur ou dommage (137, 139). Tout professionnel doit être formé à l'annonce d'un dommage et à la gestion de ses émotions. Ainsi, des outils (137) sont nécessaires afin de répondre aux **attentes et aux besoins légitimes des patients** et de **rassurer et accompagner les professionnels** de santé dans cette démarche souvent difficile. Ces [outils méthodologiques](#) sont des vidéos, documents, affiches et guides.

Délivrer l'information au patient

La recommandation « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux – Méthode recommandations pour la pratique clinique » (140) aborde de façon concrète la démarche d'information, pour aider les professionnels de santé à satisfaire à leur obligation d'information.

Sont développés les points suivants :

- le contenu et la qualité de l'information ;
- les modalités de la délivrance de l'information (entretien individuel ; entretien en présence d'un accompagnant ; entretien en présence d'une personne de confiance ; usage de documents écrits ; information en cas d'intervention de plusieurs professionnels de santé ; traçabilité de l'information) ;
- évaluation de l'information donnée (évaluation de la satisfaction des personnes ; évaluation des pratiques ; évaluation de la qualité des documents écrits d'accompagnement de l'information).

Améliorer la communication avec son patient

Un outil permet de s'assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues : « Faire dire – Communiquer avec son patient » (141). Cet outil, basé sur la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé, permet d'améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. Son utilisation comporte trois étapes successives :

- expliquer ;
- faire dire ;
- réexpliquer si nécessaire.

Les objectifs sont les suivants : s'assurer que les **informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues** et lutter contre les **difficultés de compréhension (éducation, inégalité sociale)**. Cet écrit s'adresse à toutes les professions de santé et leur met à disposition des outils : brochure explicative, affiche, éléments bibliographiques. Ces outils s'inspirent de certains autres, internationaux, existants nommés : *Teach-back*, *Show-me* ou *Closing-the loop*. C'est un outil de communication basé sur la reformulation. L'intérêt d'un tel guide est la **prise en compte des difficultés de compréhension du patient** et des **difficultés sensorielles**.

Décision partagée

Un guide de la HAS de 2013, accompagné d'une synthèse, intitulé « Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la "décision médicale partagée" » (138), a pour objectif de :

- rendre explicites la décision à prendre et les raisons qui nécessitent qu'elle soit prise ;
- **guider le patient** afin qu'il hiérarchise les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences ;
- **explicitier** les étapes du processus décisionnel et de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (médecin, famille, proches).

Les processus d'annonce d'un diagnostic

Plusieurs documents d'amélioration des pratiques ont été produits pour aider les professionnels.

- **Dispositif d'annonce du diagnostic d'un cancer** (142). L'INCA a publié des premières recommandations en 2005. Ce dispositif a évolué en 2019. Les outils sont disponibles sur le [site de l'INCA](#). Le dispositif d'annonce a pour objectif de permettre au patient de bénéficier des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Ce dispositif (mesure 40 du plan Cancer 2003) est obligatoire dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie. Il constitue un axe qualité de la prise en charge. Ce dispositif se découpe en 5 à 6 temps de consultations réalisées par des professionnels de santé :
 - l'annonce du diagnostic de cancer ;
 - une consultation dédiée à la proposition de traitement ;
 - le programme personnalisé de soins (PPS) ;
 - un temps d'accompagnement et d'écoute ;
 - une nouvelle consultation avec le médecin traitant ;

- les consultations optionnelles : médicaments anticancéreux oraux et signes de prédisposition génétique.
- **Annoncer une mauvaise nouvelle** (139). Ce document a pour objectif de donner aux professionnels des points de repère concernant les patients et eux-mêmes afin de mieux comprendre les difficultés que le professionnel peut ressentir lorsqu'il doit faire cette annonce ; proposer des questions que le professionnel pourrait se poser avant de recevoir un patient ou des informations à rechercher auprès de lui, en vue d'évaluer/améliorer ses pratiques ; connaître les grands types de système de défense psychologique des malades et des soignants ; savoir s'adapter aux circonstances lors de la mise en œuvre ; illustrer par une présentation de quelques situations particulières d'annonce.
- **Annonce d'un dommage associé aux soins** (137). Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville.
- **Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique** (143-145). L'objectif de ce guide est de proposer un document de soutien méthodologique et pratique à l'annonce et à l'accompagnement d'une maladie chronique dans un contexte de premier recours.
- **Annonce d'un diagnostic en psychiatrie** (validé par le Collège le 13 juillet 2022 ; publication en ligne en octobre 2022).

7.1.2. La démarche centrée sur le patient

La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps (136). Trois fiches ont été mises à disposition des professionnels :

- Fiche 1. Écouter, partager des informations et des décisions, délivrer conseils et précautions à prendre ;
- Fiche 2. Proposer des temps d'éducation thérapeutique en lien avec la stratégie thérapeutique ;
- Fiche 3. Écouter et soutenir le patient tout au long de son parcours : suivi et soutien.

Il s'agit donc d'établir une relation de partenariat. L'expertise des professionnels par rapport à **l'expérience du patient** est à prendre en compte, mais également la personnalisation des soins.

7.1.3. Développer des aides à la décision

Les aides à la décision destinées aux patients sont des outils qui aident les patients et les professionnels de santé dans leur prise de décision partagée concernant une question de santé.

Ces outils ne sont pas encore développés en France, mais en 2013, la HAS a fait une revue de littérature sur ce sujet : « Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la "décision médicale partagée" » (146). Ce document précise les conditions pour développer des aides à la décision, en collaboration entre patients et professionnels de santé.

À ce jour, ces outils ont des formes hétérogènes (document papier, vidéo, outil multimédia interactif). Ils peuvent être utilisés avant ou pendant une consultation médicale. Leur contenu vise à :

- rendre explicites la décision à prendre et les raisons qui nécessitent qu'elle soit prise ;

- guider le patient afin qu'il hiérarchise les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences ;
- expliciter les étapes du processus décisionnel et de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (médecin, famille, proches).

Les aides peuvent être déclinées de manière générique ou de manière spécifique pour une situation clinique donnée. Dans ce dernier cas, elles apportent également une information fondée sur les preuves scientifiques concernant la maladie, les options disponibles, dont celle de ne pas traiter, ainsi que les bénéfices et effets indésirables associés, leurs probabilités de survenue et les incertitudes scientifiques.

7.2. Mesurer la satisfaction des patients

Les mesures de la qualité des soins perçue par les patients montrent que leur utilisation influe sur l'amélioration de la qualité des soins, notamment en pratique clinique courante, avec un impact direct pour les patients. La HAS a publié un état des lieux international et national sur ce type d'indicateurs et travaille à leur développement (147).

Il existe trois types de mesures de la qualité perçue par les patients, complémentaires, le plus souvent fondées sur des questionnaires :

- les *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) mesurent l'expérience des soins vécus par les patients ([dispositif national e-satis](#)) ;
- les *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) mesurent les résultats de soins perçus par les patients (148) ;
- les questionnaires de satisfaction des patients mesurent la réponse à leurs attentes.

Pour aider les patients à remplir les questionnaires, il convient, notamment, de choisir des questionnaires faciles à lire et à comprendre, de proposer des modalités d'administration adaptées, une aide au remplissage par un professionnel de santé ou une personne formée. Il peut être utile de leur proposer de discuter de leurs résultats de soins.

Pour aider les professionnels à intégrer la qualité perçue par les patients, il convient de leur proposer des instruments adaptés à leurs besoins, comme à ceux des patients, de leur proposer des outils de formation, des supports d'aide à la décision, et des formats de présentation des résultats adaptés à la prise en charge des patients.

7.2.1. Mesure de l'expérience des soins vécus par les patients (PREMs)

Les PREMs ([dispositif national e-satis](#)) aident les professionnels et les organisations de santé à s'améliorer sur les dimensions de l'expérience comme la communication avec les patients, la réactivité des équipes, la prise en charge de la douleur, ou leurs préférences. Ils permettent aussi d'engager les équipes de soins dans des démarches qui améliorent l'expérience des patients (ex. : coordination des soins et travail en équipe).

Le dispositif national e-Satis

Dispositif national (de type PREMs) qui mesure depuis avril 2016, dans tous les établissements de santé concernés, la satisfaction et l'expérience des patients à partir des [questionnaires fiables et validés](#) par la HAS. Ces indicateurs de résultats sont issus d'une évaluation du service rendu du point de vue des patients et communs à tous les établissements de santé français.

Les questionnaires suivent les étapes importantes du parcours de soins : accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie de l'établissement, et sont adaptés au type de séjour :

- soit plus de 48 h en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ;
- soit en chirurgie ambulatoire (CA) ;
- soit en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les résultats sont à disposition des établissements (via leur compte sur la plateforme e-Satis) et du public (sur le site de la HAS qui est mis à jour une fois par an). Les données sont disponibles en open data ; les résultats des établissements sont diffusés publiquement et disponibles sur le site de la [HAS](#).

7.2.2. Mesure des résultats de soins perçus par les patients (PROMs)

Les *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) sont reconnus pour améliorer la décision médicale partagée et la communication entre le patient et son médecin.

Les PROMs aident :

- les patients à avoir une meilleure compréhension de leur maladie et de leurs symptômes, à identifier les symptômes les plus importants et à mieux les communiquer. Ils facilitent la communication avec les professionnels de santé et facilitent l'engagement des patients ;
- les professionnels à discuter avec les patients de leurs difficultés dans le soin. Les professionnels identifient plus précocement ou davantage de symptômes, mettent en place un suivi plus efficace et proposent des prises en charge plus adaptées, ayant des impacts sur les résultats de santé (ex. : amélioration de la qualité de vie des patients).

La HAS a publié, à ce jour, quatre guides :

- un premier guide intitulé « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins dans le cadre de l'expérimentation "Épisode de soins" » (149, 150) élaboré dans le cadre de l'expérimentation « Épisode de soins » de l'article 51 du LFSS 2018 : il présente les PROMs pour la prothèse totale de hanche, de genou et le cancer colorectal ;
- un guide général d'aide à l'utilisation des PROMs pour améliorer la pratique clinique courante : il définit les concepts théoriques et les critères opérationnels (150) ;
- un guide spécifique d'aide à l'utilisation des PROMs pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (151) ;
- un guide spécifique d'aide à l'utilisation des PROMs pour les patients atteints de syndrome coronarien chronique (SCC) (152).

7.2.3. L'évaluation dans le cadre de la certification hospitalière

La certification hospitalière consacre le chapitre 1 du manuel au patient avec 4 critères déclinés en indicateurs :

- 1.1 – Le patient est informé et son implication est recherchée ;
- 1.2 – Le patient est respecté ;
- 1.3 – Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient ;
- 1.4 – Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge.

La méthode du patient traceur (62)

La méthode du patient traceur est une méthode d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser collectivement et *a posteriori* le parcours d'un patient. Cette méthode est également mise en œuvre dans le cadre de la certification V2014 par les experts-visiteurs lors de la visite de certification de l'établissement. La HAS a publié (2019) une [fiche de méthode](#) complétée de documents d'aide à la réalisation.

La méthode du « patient traceur » vise à analyser la prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients en comparant la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification pour les établissements de santé, référentiels de bonnes pratiques, référentiels spécifiques à l'équipe, etc.). Elle prend en compte les perceptions du patient et de ses proches et les croise avec l'analyse de la prise en charge par les professionnels pour évaluer notamment les organisations, les interfaces entre secteurs et la coordination entre professionnels.

7.2.4. Le cadre de la e-santé

La « télémédecine » qui ne concerne que les professions médicales (médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes).

Afin d'accompagner le développement de ce nouveau type d'acte, que ce soit en ville, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux ou domicile des patients, plusieurs guides ont été développés dont le guide des bonnes pratiques de la téléconsultation et de la téléexpertise (153) et la méthode du patient traceur utilisée dans ce contexte afin de permettre aux professionnels d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques (154).

Le « télésoin » qui concerne infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et pharmaciens. Il fait l'objet d'un guide d'amélioration des pratiques (155).

7.3. Se former à la relation avec le patient

Les contenus des référentiels de formation accordent une place à la relation (relation-communication) avec le patient.

Cette formation à la relation-communication peut avoir des intérêts dans la qualité des soins et dans la diminution du nombre d'évènements indésirables associés aux soins. Elle pourrait s'articuler autour des techniques de communication (128), le numérique (122), mais également en formation continue sur des spécificités comme l'annonce de mauvaises nouvelles.

Les patients mettent également en avant la relation comme un point important avec le professionnel (89). Il apparaît aujourd'hui important de « développer la formation initiale et continue des professionnels de santé en matière de communication ou de donner plus de place et d'importance à la famille et aux proches » (124).

8. Méthodes et outils pour la relation avec le patient dans les systèmes étrangers de recertification/revalidation

La place de la relation avec les patients dans les systèmes de recertification/revalidation est très présente dans les guides, normes et attendus des systèmes.

8.1. Le feedback patient dans le système anglais

Dans les normes professionnelles, la place des patients constitue un point important. Le principe global des engagements est que les soins doivent être centrés sur la personne et que les professionnels doivent maintenir un haut niveau de confiance dans les professions.

À titre d'exemple, pour les dentistes, dans les normes attendues en matière de relation avec les patients, il est précisé que les patients sont en attente :

- d'être écoutés et de faire entendre leurs préférences et leurs préoccupations ;
- d'être traités comme des individus et faire respecter leur culture et leurs valeurs ;
- d'être traités dans un environnement propre et sûr ;
- que tous les membres de l'équipe dentaire soient honnêtes et agissent avec intégrité ;
- que tous les aspects de leur santé et de leur bien-être soient pris en compte et de recevoir des soins dentaires qui leur conviennent ;
- que des ajustements raisonnables soient apportés pour tenir compte de tout handicap ;
- que leurs intérêts passent avant le gain financier et les besoins de l'entreprise ;
- de réparation s'ils subissent un préjudice pendant le traitement dentaire ;
- que leurs douleurs dentaires et leur anxiété soient gérées de manière appropriée.

Et, il est précisé que les normes professionnelles doivent respecter les engagements suivants :

- faire passer l'intérêt des patients en premier ;
- communiquer efficacement avec les patients ;
- obtenir un consentement valide ;
- maintenir et protéger les informations des patients ;
- avoir une procédure de plainte claire et efficace ;
- travailler avec des collègues d'une manière qui est dans l'intérêt supérieur des patients ;
- maintenir, développer et travailler dans le cadre de vos connaissances et compétences professionnelles ;
- soulever des préoccupations si les patients sont à risque ;
- s'assurer que votre comportement personnel maintient la confiance des patients en vous et en la profession dentaire.

Toutes les professions n'ont pas un recueil formel du feedback patient : celui-ci est plus formalisé pour les professions médicales. La revalidation des médecins prévoit expressément le recueil de l'avis des patients, ainsi que l'analyse des plaintes/réclamations des patients qui diffèrent de l'axe sur les événements indésirables.

Les lignes directrices sur l'élaboration et la mise en œuvre d'outils formels de rétroaction des patients pour la revalidation (156) recommandent que ce feedback soit mis en œuvre de préférence de façon régulière et réponde à des règles de bonnes pratiques du recueil des données. Il peut se faire soit par :

- questionnaire ;
- entretiens structurés ;
- groupes de discussion ;
- cartes de commentaires formelles ;
- outil de rétroaction à distance comme une application.

Les médecins doivent recourir à des tiers pour conduire ce recueil du feedback ou à des méthodes qui garantissent l'anonymat des réponses.

8.2. Le feedback patient dans le système belge

Pour l'accréditation volontaire des kinésithérapeutes (les obligations sont décrites dans le guide « La promotion de la qualité en kinésithérapie. Règlement kinésithérapique 2022-2024. L'asbl Pro-Q-Kine »), le système de gestion des données du professionnel (PE-online) permet la gestion d'enquête auprès des patients à partir des adresses mail saisies. Le recueil des données est traité de façon anonyme pour fournir un rapport au professionnel.

La promotion de la qualité en kinésithérapie

Le kinésithérapeute démarre son enquête « patients » via son portfolio PE-online personnel (28). Il introduit les adresses mail de ses patients (ou parents ou aide-soignant de ses patients).

Au moins 10 patients doivent remplir l'enquête afin que le kinésithérapeute puisse recevoir son rapport et répondre ainsi à ce critère. Les résultats de cette enquête sont anonymes et resteront dans le portfolio personnel du kinésithérapeute et pourront évoluer au fur et à mesure de l'accroissement du nombre de patients ayant répondu à l'enquête.

Axe 4. Mieux prendre en compte la santé personnelle des professionnels de santé

La santé personnelle peut se définir sur la base de la définition de la santé de l'OMS ([Constitution de l'OMS](#)) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

La santé personnelle en lien avec le travail comprend différentes dimensions. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a énuméré les différentes problématiques de santé personnelle concernant plus spécifiquement les professionnels de la santé (157). Il s'agit :

- infections (tuberculose, HIB, hépatites, coronavirus, malaria, dengue) ;
- troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- exposition à des produits chimiques (allergie au latex, insecticides, mercure, agent de nettoyage et désinfection) ;
- exposition aux radiations (rayons X, lasers, UV) ;
- risques psychosociaux (pression, perte de contrôle, horaires décalés et à rallonge, manque de soutien) ;
- violence et harcèlement ;
- environnement ambiant (température inadaptée, bruit...) ;
- blessures, chutes (accident de la voie publique, choc électrique, feu) ;
- risques environnementaux (problème d'eau courante, de climat, d'insalubrité).

Le constat est donc que les professionnels de santé sont exposés à de multiples risques pour leur santé, au-delà des accidents professionnels. La prise en compte de leur état de santé, condition nécessaire au bon exercice de leur activité au service de la santé des patients, est un facteur important mais négligé.

La santé des professionnels est un élément constituant de la qualité des soins, de la capacité à mettre en œuvre une relation thérapeutique de qualité. À titre d'exemple, la déclaration de Genève (158) rappelle aux médecins, sous la forme d'un serment, qu'ils doivent veiller à leur état de santé : « JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables. »

1. Approche générale des problèmes de santé en France

L'enquête SESMAT (Santé et satisfaction des médecins au travail) (159) a évalué la prévalence du burnout par le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) chez près de 3 200 professionnels de santé salariés de différentes spécialités (urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, médecins généralistes, chirurgiens, psychiatres, gériatres, radiologues et biologistes, médecins préventifs et pharmaciens). La prévalence du burnout était de 42,4 % chez les professionnels de santé. Il est ressorti d'une analyse multivariée que par rapport aux autres spécialités/professions, les médecins urgentistes étaient les plus touchés. À noter que les *odds ratios* (OR) étaient supérieurs chez les urgentistes vs les autres

professionnels/spécialités. Ainsi, les résultats ont montré que les conflits professionnels et/ou familiaux (OR = 6,14 et OR = 4,47 respectivement) et la qualité du travail en équipe (OR = 5,44 et OR = 2,21 respectivement) sont associés au burnout.

Ce constat était retrouvé dans l'enquête européenne PRESST-NEXT précédemment réalisée en 2003 (160) chez les soignants de divers pays européens, dont la France, où une augmentation forte et graduelle de la fréquence du burnout était notée entre ceux ayant une qualité élevée du travail d'équipe et ceux ayant une qualité moyenne, puis faible. Cette étude visait également à comprendre les raisons des départs prématurés des personnels paramédicaux (161). Les principales raisons étaient :

- la pénibilité physique ;
- la charge mentale importante ;
- les contraintes organisationnelles ;
- les relations professionnelles/hiérarchiques compliquées ;
- le contact avec la souffrance de l'autre ;
- la violence.

Tous les facteurs peuvent se cumuler et générer des troubles psychosociaux. La prévention doit s'en occuper et les prendre en compte.

Toujours selon cette même étude européenne PRESST-NEXT (160), en France environ 16 % des infirmiers et 15 % des aides-soignants rapportaient songer souvent, c'est-à-dire plusieurs fois par mois, par semaine ou chaque jour, à quitter la profession. Les services de santé au travail paraissaient peu reconnus comme ressource du fait de leur intrication institutionnelle et la crainte engendrée d'avouer ces propres maux (162).

L'association Soins aux professionnels de santé (SPS) a publié les résultats d'une nouvelle étude sur le thème « Suicide et professionnels de santé » (163) réalisée auprès de 710 professionnels de santé salariés et libéraux, répartis en 66,5 % de médecins, 16 % de pharmaciens, 7,5 % d'infirmier(e)s, 10 % d'autres professionnels (aides-soignants, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues, psychologues, étudiants). Les résultats ont montré qu'un quart des soignants interrogés avaient déjà eu des idées suicidaires du fait de leur travail au cours de leur carrière. L'étude a montré un déficit de liens pour ces professionnels de santé concernant leur santé mentale :

- seuls 42 % avaient parlé de leur santé mentale à quelqu'un (29 % chez les infirmiers) ;
- pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'un membre de leur famille ;
- pour plus d'un tiers, d'un psychiatre en consultation ;
- pour un tiers, d'un confrère ou d'un ami.

L'enquête chez ces 710 professionnels a également cherché à définir les ressources qui leur paraissaient les plus adaptées pour prévenir l'acte suicidaire. La consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue était mentionnée respectivement par 66 % et 50 % des enquêtés. L'appel d'une plateforme spécifiquement dédiée était mentionné par 52 % des personnes. « Les professionnels de santé placent en premier la consultation d'un psychiatre pour 31 % des répondants, le recours à une plateforme téléphonique pour 28 % d'entre eux » (163).

Une enquête IFOP menée auprès d'un échantillon de 301 médecins libéraux (généralistes et spécialistes), en 2019, a interrogé diverses composantes de leur état de santé. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, spécialité médicale) après stratification par région et catégorie d'agglomération. Les interviews ont été réalisées par questionnaire auto-administré en ligne durant l'été 2019.

Enquête IFOP réalisée en 2019

Les résultats ont montré que 75 % des médecins étaient leur propre médecin traitant, seuls 21 % avaient choisi un confrère pour assurer ce rôle. Cette proportion était plus importante chez les médecins généralistes (81 %), chez les hommes (78 %) et chez les médecins travaillant en cabinet individuel (82 %).

Le sentiment d'être « moins bien soigné que ses propres patients » est un sentiment relativement courant chez les médecins libéraux. Dans cette enquête, 53 % des médecins libéraux ont exprimé ce sentiment qui est encore plus marqué chez les femmes (65 %) et les généralistes (57 %).

Les préconisations de la Haute Autorité de santé sont assez largement respectées par les médecins pour leur propre situation (73 % dont 26 % « oui, tout à fait »). L'enquête a mis en évidence que seuls 55 % se sentaient personnellement concernés par les pathologies cardiovasculaires. Au cours des cinq dernières années écoulées, 11 % ont déclaré avoir consommé des antidépresseurs et 14 % souffrir d'une addiction.

En matière d'arrêt de travail, 81 % des médecins interrogés déclaraient avoir déjà renoncé à un arrêt alors qu'ils étaient malades, principalement par conscience professionnelle (73 %) ou car ils n'avaient pas de remplaçant (50 %). Par ailleurs, seuls 20 % d'entre eux avaient pris un arrêt de travail au cours des cinq dernières années écoulées. Pour 31 %, c'était il y a 5 ans ou plus et 49 % n'en ont jamais pris au cours de leur vie professionnelle.

Le niveau de satisfaction professionnelle : 64 % des médecins ont déclaré être assez satisfaits de leur situation professionnelle et 12 % très satisfaits. Les généralistes se sont montrés sensiblement moins positifs que les spécialistes (66 % de satisfaction globale contre 89 %).

Une étude récente, AMADEUS (Améliorer l'adaptation à l'emploi pour limiter la souffrance des soignants), a été lancée par l'AP-HM entre mai et juin 2021 (164) auprès des professionnels de santé exerçant en France.

Au total, 6 935 personnes ont répondu à ce questionnaire en ligne reçu par mail. Les résultats ont mis en évidence que toutes les catégories professionnelles ont déclaré des proportions élevées de forte demande psychologique (> 90 %), de faible soutien social (> 60 %), d'épuisement professionnel (50 % à 60 %), d'exposition à des événements potentiellement moralement préjudiciables (> 40 %) et de dépression (environ 30 %). Les infirmières en chirurgie ont déclaré l'exposition la plus élevée à des événements potentiellement moralement préjudiciables.

Une dépression majeure a été identifiée chez environ 30 % des participants dans toutes les catégories professionnelles. Cependant, moins de 10 % ont déclaré avoir consommé des antidépresseurs. Au total, selon les professions, 31 % à 49 % des participants ont déclaré des troubles du sommeil et 16 % à 21 % ont déclaré consommer régulièrement des hypnotiques.

Les médecins ont déclaré des taux élevés de consommation d'alcool à risque. Il a également été déclaré un taux élevé de tabagisme chez les aides-soignants.

2. Revue de littérature sur les problèmes de santé des professionnels de santé

Les études sur les problèmes de santé identifiées sont le plus souvent focalisées sur le burnout et/ou les souffrances psychiques, et les troubles musculo-squelettiques (TMS).

2.1. TMS et professions de santé

2.1.1. TMS chez les médecins spécialistes

En 2018, Epstein *et al.* (165) dans une revue systématique et une méta-analyse ont sélectionné 21 articles portant sur 5828 médecins [âge moyen, 46,0 ans ; 78,5 % d'hommes ; 12,8 ans en pratique ; 14,4 heures d'exécution d'interventions par semaine]. Si la majorité des médecins étaient d'Amérique du Nord, une partie était européenne (Italie, Grande-Bretagne et Pays-Bas). Les estimations brutes de prévalence (intervalles de confiance [IC] à 95 %) des TMS liés aux activités les plus courantes étaient une cervicarthrose chez 17 % (IC-95 %, 12 % à 25 %), une pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez 18 % (IC-95 %, 13 %-25 %), la lombo-discalgie chez 19 % (IC-95 %, 5 % à 16 %) et le syndrome du canal carpien chez 9 % (IC-95 %, 5 % à 16 %). De 1997 à 2015, la prévalence de la cervicarthrose et lombo-discalgie a augmenté de 18,3 % et de 27 %, respectivement.

Parmi les personnes ayant un TMS lié au travail, 12 % (IC-95 %, 7 % à 18 %) ont demandé un congé, une restriction ou une modification de la pratique, ou une retraite anticipée. Douze spécialités à risque décrivaient un manque flagrant de sensibilisation et un besoin non satisfait d'éducation ergonomique.

Les mêmes auteurs (166) ont réalisé une revue de littérature internationale focalisée sur les chirurgiens plasticiens ayant permis de sélectionner seize articles répondant aux critères d'inclusion (cinq opinions d'experts, quatre études transversales et rapports/séries de cas, une revue et six études expérimentales). Quatre articles ont présenté des données probantes sur la morbidité. Les TMS liés au travail le plus couramment décrits étaient la maladie de la colonne cervicale, pour laquelle une étude a rapporté une prévalence professionnelle de 24,7 % (prévalence ponctuelle dans la population générale : 0,1 à 0,4 %) ; trois études ont rapporté 64 cas de TMS liés au travail d'un chirurgien ayant imposé une intervention chirurgicale, une diminution de la productivité ou une retraite anticipée involontaire. Huit études décrivaient des interventions correctives des causes identifiées de TMS, dont la plupart visaient à améliorer l'ergonomie de la microchirurgie.

Un travail ciblé sur la spécialité d'ORL (167) a été réalisé. Une revue systématique de littérature internationale, réalisée selon la méthode PRISMA, a permis d'identifier 1 121 articles, dont 19 (3 563 participants) répondaient aux critères de revue de littérature qualitative et huit (2 192 participants) répondaient aux critères de méta-analyse. La proportion globale (intervalles de confiance [IC] à 95 %) des oto-rhino-laryngologistes (ORL) généraux signalant un TMS était de 0,79 (0,66, 0,88) pour tous les symptômes ; 0,54 (0,40, 0,67) pour les symptômes du cou ; 0,33 (0,20, 0,49) pour les symptômes de l'épaule ; et 0,49 (0,40, 0,59) pour les symptômes du dos. Les chirurgiens effectuant principalement des cas de surspécialité avaient une prévalence globale estimée plus faible de TMS par rapport à ceux effectuant des cas ORL généraux, mais l'OR n'était pas statistiquement significatif (OR [intervalle de confiance à 95 %] 0,53 [0,22, 1,25]). 23 à 84 % des ORL ont subi un traitement médical pour le TMS. Parmi eux, 5 à 23 % ont pris un arrêt de travail et 1 à 6 % ont complètement cessé leurs activités à la suite de TMS. 23 à 62,5 % des ORL estimaient que le TMS avait un impact négatif sur leur qualité de vie. Les mesures objectives de la posture ergonomique indiquent un risque modéré à grave de

blesse pendant l'exercice clinique de routine et les interventions chirurgicales, aucune des pratiques n'ayant été jugée à faible risque.

Partant des différents constats qui mettent en évidence une prévalence élevée de TMS, Maxner *et al.* (168) ont cherché à identifier les facteurs de risque biomécaniques des TMS de la sous-spécialité chirurgicale des chirurgiens de la tête et du cou. Une revue de littérature internationale a été réalisée selon la méthode PRISMA. À partir de 182 articles identifiés, les auteurs ont sélectionné 6 articles (USA et Canada) répondant aux exigences préalablement définies. Il apparaît que les chirurgiens passent la majorité du temps d'opération dans des positions statiques et asymétriques. Les télescopes chirurgicaux/lampes frontales ont considérablement augmenté la charge de la colonne cervicale. Les supports de bras chirurgicaux articulés ont fourni des conditions ergonomiques optimales. Effectuer des opérations chirurgicales avec le chirurgien debout ou assis n'a eu aucun effet sur la performance ou la demande de la tâche. La fatigue physique a également été identifiée dans les deux positions.

2.1.2. TMS chez les chirurgiens-dentistes

Une revue systématique de littérature et une méta-analyse ont été réalisées par ZakerJafari *et al.* (169) selon la méthode PRISMA. Le travail était focalisé sur les dentistes iraniens. Au total, 23 études répondaient aux critères, représentant plus de 2 500 dentistes. Chez ces derniers, la prévalence (intervalles de confiance [IC] à 95 %) des TMS dans les genoux était de 17,6 (IC 95 % : 11,7-25,5), 33,2 % (IC 95 % : 24,1-43,8) dans les épaules, 33,4 % (IC 95 % : 26,8-40,8) dans le thorax, 51,9 % (IC 95 % : 46,7-57,2) dans le cou, 33,7 % (IC 95 % : 28,2-39,6) dans les poignets/mains, 12,9 % (IC 95 % : 7,7-20,6) dans les coudes, 37,3 % (IC 95 % : 31,5-43,5) dans la région lombaire, 11,9 % (IC 95 % : 8,7-16,1) dans les cuisses, 12,9 % (IC 95 % : 3,8-36) dans le pied et 10,5 % (IC 95 % : 7-15,4) dans les jambes.

Kamoun *et al.* (170) ont réalisé une étude semi-quantitative à la polyclinique du grand Tunis par observation des contraintes biomécaniques durant trois actes dentaires différents. L'analyse et l'interprétation des résultats ont été effectuées par le logiciel ERGOROM®. Les actes d'extraction dentaire, de traitement endodontique et de traitement de caries dentaires ont été étudiés. Les postures contraignantes, la répétitivité, les contractions en isométrie des épaules et la mauvaise position de travail se sont dégagées comme facteurs de risque de TMS communs à l'ensemble des dentistes. Plus précisément, les résultats montrent que la nuque était en flexion franche de plus de 40 degrés ou en extension sur 95 % à 63 % du temps de travail. L'épaule était en contraction permanente durant 72 % à 40 % du temps de travail, avec une faible variabilité suggérant une contraction isométrique des épaules. Les coudes étaient en flexion franche sur 91 % à 56 % du temps de travail avec une faible variabilité flexion/extension. La position de prédilection des poignets dans notre étude était l'hyper-extension ou l'hyper-flexion sur 64 % à 42 % du temps de travail et la déviation cubitale ou radiale sur 35 % à 14 % du temps de travail. La prise digitale en isométrie des instruments de dentisterie s'est étalée sur presque la totalité de la plage horaire de travail dans les trois actes observés.

2.1.3. TMS chez les infirmières

Clari *et al.* (171) ont réalisé une méta-analyse visant à établir les taux pour chaque région du corps au niveau musculo-squelettique. La contribution du sexe, de l'âge et de l'IMC des infirmières de bloc opératoire (IBO) a été évaluée par une méta-analyse. Au total, 22 études (réalisées notamment en Italie, Grèce, Pays-Bas, Suède et Suisse), portant sur 3 590 IBO, ont été incluses. La prévalence (intervalles de confiance [IC] à 95 %) la plus élevée de TMS a été observée pour la région lombaire 62 % (IC 95 % : 0,54-0,70), suivi du genou 47 % (IC 95 % : 0,36-0,59), de l'épaule 44 % (IC 95 % :

0,37-0,51), de la taille 42 % (IC 95 % : 0,31-0,53), du rachis cervical 39 % (IC 95 % : 0,29-0,51), cheville-pied 35 % (IC 95 % : 0,22-0,51), du haut du dos 34 % (IC 95 % : 0,25-0,44), main-poignet 29 % (IC 95 % : 0,20-0,40) et coude 18 % (IC 95 % : 0,12-0,26). La méta-analyse a montré que le sexe, l'âge et l'IMC n'étaient pas des prédicteurs significatifs des lombalgies ($p = 0,69$; $R^2 = 0$).

Chang *et al.* (172) dans une méta-analyse ont obtenu des données, issues de quatre continents, pour un total de 18 199 infirmières, dont 12 786 constituaient le groupe « travail irrégulier et en roulement » (TIR) et 5 413 le groupe « travail fixe » (TF). Il existait une hétérogénéité parmi les études. Des analyses de sous-groupes ont également été menées avec quatre groupes : douleur au cou ($n = 1 818$), douleur à l'épaule et aux membres supérieurs ($n = 2 525$), douleur au dos ($n = 11 962$) et douleur à la hanche et aux membres inférieurs ($n = 1 894$). Des différences significatives ont été observées entre le groupe TIR (plus touché) et le groupe TF en ce qui concerne les maux de dos, OR à 1,40 (IC à 95 % : 1,19-1,64, $p < 0,001$).

Long *et al.* (173) à l'issue d'une revue systématique de littérature internationale ont établi la même conclusion. Les auteurs ont retenu 18 des 87 études identifiées à partir d'une recherche dans une base de données électronique qui répondaient aux critères d'inclusion et de qualité. Les exigences du travail, les horaires de travail exigeants et les expositions physiques sont les associations les plus fortes avec les TMS du quadrant supérieur liés au travail. Les conséquences associaient l'utilisation généralisée de médicaments sur ordonnance et en vente libre et un impact négatif majeur sur les activités de la vie quotidienne.

2.1.4. TMS chez les kinésithérapeutes

Une enquête par questionnaire a été réalisée par Allouche *et al.* (174). L'échantillon n'était composé que de 34 masseurs-kinésithérapeutes qui ont répondu à l'enquête. Les résultats mettent en lumière une prévalence des TMS de 88 %. Les localisations étaient le rachis lombaire (67,6 %), le rachis cervical (58,9 %), l'épaule/bras droit (50 %) et l'ensemble poignet/main droite (41 %). Les contraintes mécaniques révélées étaient la posture debout prolongée, la force excessive, les gestes répétitifs et la charge du travail importante.

Galeoto *et al.* (175) ont réalisé une revue systématique de littérature et sélectionné des articles originaux avec des échantillons d'au moins 25 kinésithérapeutes. Au total, 24 articles issus des cinq continents, représentant une population de plus de 8 000 personnes, répondaient aux critères de qualité prédéfinis. Aucun article ne répondait aux critères définis pour la méta-analyse. La majorité des études sur les TMS des kinésithérapeutes étaient comparables, à l'exception de certaines différences avec quelques pays. Ces différences d'exercice étaient liées à la fois au niveau de développement et au statut psychosocial de la profession. Les kinésithérapeutes font partie des catégories professionnelles les plus exposées aux troubles musculo-squelettiques liés au travail parce qu'ils sont en contact direct avec le patient, ce qui nécessite souvent un engagement physique important pour soulever et déplacer les patients pour des postures incongrues de longue durée, pour des mouvements répétitifs, pour des efforts articulaires et pour une contrainte dans les techniques manuelles.

Ce constat est cohérent avec celui de Vieira *et al.* (176). Les kinésithérapeutes effectuent des tâches exigeantes qui peuvent entraîner des TMS liés au travail. La revue systématique de la littérature internationale réalisée par ces auteurs avait pour objectif d'intégrer l'information publiée sur la prévalence, les types et les risques de TMS chez les kinésithérapeutes. Sur 867 articles non dupliqués, 32 étaient admissibles et ont été inclus. Jusqu'à 90 % des kinésithérapeutes ont eu des TMS au cours de leur carrière ; 50 % d'entre eux souffraient de TMS dans les 5 ans suivant leur pratique. Les parties du corps touchées différaient selon la spécialité et les tâches. La région lombaire était la partie du

corps la plus fréquemment touchée. Les femmes kinésithérapeutes et les kinésithérapeutes travaillant dans les hôpitaux avaient une prévalence plus élevée de TMS. Au total, les TMS étaient associés à l'âge, au sexe, à la spécialité et aux tâches professionnelles des kinésithérapeutes. Effectuer une thérapie manuelle, soulever et transférer des patients étaient des tâches couramment associées au développement de TMS.

En France, une enquête (177) s'est focalisée sur la prévalence des TMS et leurs facteurs de risque chez les kinésithérapeutes libéraux de Grenoble exclusivement. Au total, 79 % des kinésithérapeutes ont été interrogés et 27 % des sujets ont répondu. L'enquête a montré une prévalence de TMS chez 76 % des sujets. Les TMS les plus fréquentes étaient les lombalgies, les cervicalgies et les tendinites de l'épaule. Au niveau du rachis, 56 % ont déclaré avoir des TMS soit dans une partie du rachis, soit dans plusieurs parties. Sur les 50 sujets, 50 % ont déclaré des TMS au niveau du membre supérieur. Au niveau du membre inférieur, 12 % des sujets ont déclaré avoir des TMS. En tout, il y a eu 367 jours d'arrêt de travail pour les TMS. L'ancienneté moyenne des kinésithérapeutes au moment de l'apparition de TMS était de 9 ans : 6,9 pour les TMS du rachis, 11,7 pour les TMS du membre supérieur et 7,8 pour les TMS du membre inférieur.

2.1.5. TMS chez les sages-femmes

Une étude descriptive transversale, exhaustive, menée auprès des sages-femmes exerçant à la maternité de Sousse (Tunisie) (178) durant une période de 3 mois a permis de mieux caractériser les TMS chez les sages-femmes. Cette enquête s'est basée sur un auto-questionnaire comportant trois parties : les caractéristiques socioprofessionnelles des sages-femmes enquêtées, le questionnaire « Nordique » pour l'évaluation des TMS-MS (membre supérieur) et le questionnaire de Karasek pour l'évaluation de l'environnement psychosocial au travail. L'échantillon était composé de 64 sages-femmes exerçant à la maternité, parmi elles, 54 ont participé (84,3 %). Durant la dernière semaine précédant l'étude, la médiane du nombre d'accouchements réalisés par les sages-femmes par jour était de 3 (min-max 0 à 10). Le *job strain* a été noté chez 18 sages-femmes (33,3 %). Dans notre population, durant les 12 derniers mois, la prévalence des TMS-MS a été de 90,7 %. Les plaintes étaient localisées au niveau de la nuque et du cou chez 72,7 % des cas et au niveau des épaules chez 64,8 %. Pour les 7 derniers jours, cette prévalence était de 53,7 %. Dans notre étude, l'obésité et l'antécédent de traumatisme du MS ont été associés significativement aux TMS-MS les 7 derniers jours. Par ailleurs, aucun facteur de risque socioprofessionnel n'a été associé aux TMS-MS chez les sages-femmes durant les 12 derniers mois.

2.2. Situation de burnout et souffrance professionnelle

Le **burnout** se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel », complété par MASLACH comme « un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions : épuisement émotionnel, cynisme vis-à-vis du travail et diminution de l'accomplissement personnel au travail » (179).

Le **stress professionnel** est défini comme « un état de déséquilibre entre la perception par la personne des contraintes de son environnement et des ressources dont elle dispose pour y faire face. L'évaluation des contraintes et des ressources est d'ordre psychologique, mais le stress peut avoir des conséquences tant physiques que psychologiques (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail) » (179).

2.2.1. Le burnout chez les chirurgiens-dentistes

En France, une enquête par mail, intégrant le MBI (*Maslach Burnout Inventory*), réalisée par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (180) a obtenu 6 783 répondants parmi les 34 455 praticiens inscrits. Elle a montré que :

- 58 % des praticiens déclaraient avoir été touchés par « l'épuisement professionnel » (EA) ;
- 54 % éprouvaient une « perte d'accomplissement personnel » (AP) ;
- 73 % ressentait une « dépersonnalisation des relations avec les patients » ;
- 14 % des praticiens avaient eu des idées suicidaires.

Pour rappel, le MBI intègre trois dimensions : épuisement, dépersonnalisation et accomplissement. Ainsi, parmi les 6 783 répondants :

- 2 378 praticiens ont fait part de leur épuisement professionnel, soit 6 % de la population générale des praticiens exerçant en France ;
- 44 % des praticiens ressentait un niveau élevé d'épuisement professionnel, 27 % déclaraient un niveau d'épuisement modéré, 29 % un niveau bas.

Concernant le sentiment de dépersonnalisation : 34 % des répondants avaient un sentiment fort de dépersonnalisation, 32 % le jugeaient moyen et 34 % bas.

Enfin, concernant l'accomplissement personnel : 32 % des praticiens éprouvaient fortement une perte d'accomplissement personnel, 27 % une perte moyenne et 41 % une légère baisse.

2.2.2. Le burnout chez les infirmiers

L'enquête nationale française (181) sur les conditions de travail des cadres infirmiers a révélé que trois facteurs principaux étaient associés à un degré élevé de burnout :

- la charge de travail ;
- le sentiment de solitude ;
- le manque de reconnaissance, le manque de collégialité et le fait de se sentir mal à l'aise dans un rôle ambigu.

Si la charge de travail était un élément de stress commun à la plupart des professions de soins, les deux autres éléments de stress étaient spécifiques aux cadres de santé.

Une [enquête réalisée par l'Ordre national des infirmiers](#) auprès de 18 653 infirmiers (tous modes d'exercice confondus) a été réalisée du 30 mars au 7 avril 2018. Les résultats étaient les suivants :

- 25 % des répondants déclaraient travailler « régulièrement » ou « fréquemment » 7 jours ou plus consécutifs ;
- près de 60 % déclaraient travailler « régulièrement » ou « fréquemment » 12 heures ou plus par jour ;
- après la charge de travail (79 %), ce sont les violences et l'agressivité (57 %) qui étaient considérées comme les principaux facteurs de mal-être (facteur « important », ou « très important »). Les choix éthiques et déontologiques étaient également cités par 49 % des répondants ;
- 83 % des répondants affirmaient se sentir « très souvent » ou « parfois » émotionnellement vidés par leur travail. Cela avait des conséquences sur l'efficacité professionnelle, la vie sociale, la vie familiale ou la santé de plus de 90 % des répondants ;

- 22 % des répondants, et 17 % des infirmiers âgés de 21 à 29 ans, envisageaient « très souvent » de cesser leur activité ;
- près de 25 % des répondants déclaraient avoir déjà consulté un psychiatre ou un psychologue pour des questions liées à leur travail ;
- 9 % des répondants avaient « parfois » (7 %) ou « très souvent » (2 %) des idées suicidaires.

L'étude nationale réalisée en 2020-2021 auprès des personnels soignants (aides-soignants, infirmiers, infirmiers de bloc, cadres et directeurs des soins) et médicaux (164) qui visait à explorer l'environnement de travail et la santé mentale a confirmé les constats précédents. Au total, 6 935 participants ont été recrutés entre mai et juin 2021 par des mailings et des réseaux professionnels. Toutes les catégories professionnelles ont signalé des taux élevés de forte tension psychologique (> 90 %), de faible soutien social (> 60 %), d'épuisement professionnel (50 % à 60 %), d'exposition à des problèmes potentiellement moraux, les événements préjudiciables (> 40 %) et la dépression (environ 30 %). Les infirmières de bloc ont signalé la plus grande exposition à des événements potentiellement moralement préjudiciables. Une dépression majeure a été identifiée chez environ 30 % des participants de toutes les catégories, mais moins de 10 % ont déclaré avoir consommé des antidépresseurs. Au total, 31 % à 49 % des participants ont déclaré des troubles du sommeil et 16 % à 21 % ont déclaré consommer régulièrement des hypnotiques. Les médecins ont déclaré un comportement de consommation d'alcool très dangereux et les aides-soignants des taux élevés de tabagisme. Les auteurs ont conclu en la nécessité d'élaborer des interventions pour réduire la tension psychique et accroître l'accomplissement personnel et le soutien social entre collègues, afin de prévenir le burnout et les comportements à risque pour la santé.

2.2.3. Le burnout chez les masseurs-kinésithérapeutes

Selon une enquête par questionnaire en ligne, intégrant le MBI, réalisée auprès de 919 kinésithérapeutes français en exercice libéral et salarié (182), 25 % avaient un risque accru de développer un burnout. Il n'a pas été observé de différence de risque de survenue du burnout concernant les dimensions de la dépersonnalisation et de l'accomplissement personnel selon le mode d'exercice ($p > 0,05$). En revanche, l'exercice libéral entraînait un risque accru de burnout selon l'échelle de l'épuisement émotionnel comparé à un exercice salarié ($p < 0,05$).

Les facteurs les plus discriminants étaient :

- les modalités particulières de management ;
- les activités demandant une concentration soutenue ;
- l'organisation, les horaires et la surcharge de travail ressentie ;
- la qualité relationnelle professionnelle.

Outre l'exercice de la profession, un impact du mode d'exercice sur les risques psychosociaux a été observé.

2.2.4. Le burnout chez les médecins

L'épuisement professionnel et le burnout des médecins ont été explorés en France par plusieurs études ces dernières années. Dusmesnil *et al.* (183) ont rapporté une prévalence d'épuisement émotionnel variable allant de 23 % à 45 % chez des médecins généralistes. Un burnout « complet », associant les trois composantes concernait 1 % à 3-4 % des généralistes, selon les régions. Les facteurs de risque associés à l'épuisement professionnel étaient la charge de travail élevée (supérieure

à 65 heures/semaine, OR = 2,1 ; IC 95 % :1,3-3,3) et les fortes exigences mentales (OR = 2,0 ; IC 95 % : 1,4-3,1).

Ces résultats sont cohérents avec ceux de Cathébras *et al.* (184) qui ont mis en évidence que 5 % des médecins généralistes déclaraient un niveau élevé de burnout dans les trois composantes du MBI, et ceux de l'enquête réalisée sous l'égide de la commission Prévention et santé publique de l'URML-IDF (Union Régionale Médecins Libéraux – Ile-de-France), menée par questionnaire auto-administré auprès d'un échantillon de 10 000 médecins libéraux représentatifs de la profession en Île-de-France (185). Parmi les 2 243 médecins généralistes et spécialistes répondants, 53 % déclaraient se sentir menacés par le burnout (29 médecins ont indiqué en avoir été victimes personnellement). Il s'agissait surtout de généralistes (de secteur 1), qui réalisaient plus de 6 000 actes par an, consultant sans rendez-vous, pratiquant la visite à domicile, âgés entre 45 et 50 ans et célibataires.

Toujours en France, l'étude de Galam *et al.* (186) réalisée auprès de 6 349 internes par questionnaire anonyme (64,2 % de répondants) montrait que, parmi ces derniers, 16 % présentaient un fort épuisement émotionnel. Concernant les deux autres dimensions du burnout : 33,8 % exprimaient une forte dépersonnalisation et 38,9 % un faible accomplissement personnel. Au total, 6,5 % des internes présentaient un burnout « complet ».

Plus récemment, deux publications, réalisées entre 2000 et 2017, ont confirmé la situation chez les médecins, à savoir une enquête du CNOM et une méta-analyse sur les publications portant sur les médecins français.

L'enquête réalisée par le CNOM (187) a montré qu'un quart des répondants a déclaré être en « mauvaise » ou « moyenne » santé et que :

- 40 % ont déjà renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le justifiait, principalement par crainte de désorganiser le service dans lequel il travaille ou à cause des difficultés rencontrées pour trouver un remplaçant ;
- 60 % des répondants se déclarant en mauvaise ou moyenne santé estimaient que leur rythme de travail a des répercussions sur leur vie sociale et sur leur vie familiale.

Une méta-analyse sur le burnout des médecins en France a été réalisée dans la cadre d'une thèse de médecine (188). À partir de 817 références recensées, la procédure de sélection (exclusion des doublons, des publications ne répondant pas aux critères, après lecture du titre, du résumé, du texte ou de l'article complet) a permis de retenir 37 références répondant aux quatre critères de sélection (1/ étude épidémiologique, 2/ médecins exerçant la médecine en France, 3/ évaluation du burnout réalisée avec l'utilisation du MBI, 4/ taux de prévalence signalés pour le burnout et/ou ses trois dimensions). La qualité des articles sélectionnés a été évaluée grâce à l'échelle STOBÉ (*Statement-Checklist of items for Observational Studies*) par deux évaluateurs indépendants.

Au total, les effectifs allaient de 62 à 4 050 sujets, avec un effectif total de 15 183 médecins français inclus dans la méta-analyse. Le traitement de ces données a été réalisé par une procédure statistique classique. À noter toutefois que 15 études sur les 37 retenues avaient des taux de réponses inférieurs à 50 %, pouvant induire un biais de représentativité.

Les estimations de la prévalence du burnout ont varié entre 28 % et 73 %. L'estimation globale du taux de burnout a été de 49 %. Pour les auteurs, ces chiffres sont comparables aux autres pays.

Les estimations de la prévalence du burnout sévère ont varié entre 1 % et 23 %. L'estimation globale du taux de burnout sévère a été de 5 %. Ce sont les médecins urgentistes qui présentaient le taux le plus important (11 %).

Les différentes dimensions du burnout ont été explorées séparément. L'épuisement émotionnel élevé avait une prévalence estimée comprise entre 8 % et 43 %. L'estimation globale du taux d'épuisement émotionnel élevé était de 21 %. Les estimations de la prévalence de la dépersonnalisation élevée étaient comprises entre 4 % et 57 %. L'estimation globale du taux de dépersonnalisation élevée était de 29 %. Les estimations de la prévalence de l'accomplissement personnel bas variaient entre 7 % et 64 %. L'estimation globale du taux d'accomplissement personnel bas était de 29 %.

Il était observé que les urgentistes présentaient des taux plus élevés de burnout, burnout sévère et de dépersonnalisation élevée ; les anesthésistes réanimateurs présentaient des taux plus faibles d'épuisement émotionnel élevé et de dépersonnalisation élevée ; les internes présentaient des taux plus bas d'épuisement émotionnel élevé, mais des taux plus élevés de dépersonnalisation élevée et d'accomplissement personnel bas ; enfin, les gardes de nuit ainsi que l'effectif de l'étude étaient associés avec des taux plus élevés d'accomplissement personnel bas.

Ce travail de thèse comprenait une partie qualitative qui a montré que les symptômes physiques majorés par le burnout étaient variés, allant de l'insomnie à la modification de l'appétit, l'asthénie, la sensation de froid ou de chaud, les céphalées et les troubles gastro-intestinaux.

Il était également signalé, parmi les articles analysés, une étude transversale portant sur 3 276 sujets montrant l'association entre le burnout et l'abus de consommation d'alcool et ce pour les deux sexes et une étude réalisée auprès de 199 médecins au CHU de Lille montrant que 26 % d'entre eux consommaient un psychotrope à cause du travail. Il a été mis en évidence l'existence d'une relation significative entre l'abus de substance et le niveau d'épuisement émotionnel.

2.2.5. Le burnout des sages-femmes

En France, une étude réalisée par le Conseil national de l'ordre des sages-femmes en 2019 (189), avant la crise Covid, a permis d'obtenir les réponses de 2767 sages-femmes exerçant en France (soit 12 % de l'effectif total). Trois versions du MBI ont été utilisées en fonction du mode d'exercice (*MBI-human services survey* -MBI-HSS-, *MBI-educators survey* -MBI-ES- et *MBI-general survey* -MBI-GS) afin d'évaluer le burnout. La version courte du *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* a été utilisée pour l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux (190). L'enquête met en évidence un taux de burnout émotionnel de plus de 40 % des sages-femmes salariées, 31 % des sages-femmes libérales et 37,5 % des sages-femmes enseignantes. Les résultats des MBI-HSS et MBI-GS révèlent que le burnout sévère affecte 2,6 % des sages-femmes enseignantes, 4,4 % des sages-femmes salariées et 12,7 % des sages-femmes coordinatrices.

L'étude de Hastoy (191), réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine au sein de l'hôpital Paule de Viguiers à Toulouse (maternité de type 3), relève un taux de burnout chez les sages-femmes de 36 % *versus* 45,6 % dans l'étude du Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Les résultats montraient qu'un tiers des sages-femmes touchées l'étaient sur deux ou trois dimensions. Il apparaissait que le rapport investissement/récompense était perçu comme défavorablement déséquilibré chez la moitié d'entre elles.

Une étude réalisée en Limousin (192) a montré que 9 % des sages-femmes présentaient un burnout sévère, ce qui est plus fréquemment observé chez les cadres que chez les autres sages-femmes (17 % *versus* 5 %). Dans cette même étude, alors que 32 % des sages-femmes coordinatrices du secteur public souffraient d'un burnout fort, celui-ci était moindre dans l'exercice libéral (7 %). L'exercice libéral semblait être protecteur de la forme grave d'épuisement professionnel puisque seul 1 % des sages-femmes libérales était touché, *versus* 14,20 % des coordinatrices du secteur public.

2.2.6. Le burnout des pharmaciens

L'enquête SESMAT (193), sur un échantillon représentatif de pharmaciens, a montré que les deux tiers d'entre eux réalisaient au moins sept types d'activité. Les pharmaciens étaient 20,2 % à penser au moins chaque mois à abandonner leur profession. Les pharmaciens ayant une fréquente intention d'abandon avaient bien plus souvent un score de burnout élevé. Des relations interpersonnelles tendues, une mauvaise qualité du travail d'équipe, un sentiment de harcèlement par les supérieurs au moins mensuel, la crainte fréquente de commettre des erreurs et un ratio effort/récompense inadéquat étaient les éléments déterminants retrouvés.

3. Revue de littérature sur la prévention pour l'état de santé des professionnels

3.1. Recommandations internationales

L'OMS (157) propose dans ce rapport divers outils :

- Identifier une personne responsable pour les problèmes de santé personnelle au niveau national et local ;
- Créer un management axé sur la qualité de vie au travail (QVT)-santé personnelle ;
- Formation initiale et continue pour les managers, dirigeants, travailleurs en première ligne, ainsi que la population générale, concernant la QVT-santé personnelle ;
- Organiser un travail d'identification des risques professionnels et de lutte hiérarchique des problèmes ;
- Promouvoir une bonne gestion de déclaration des événements indésirables en élaborant un espace de non-malveillance à ce propos ;
- Promouvoir les diagnostics, traitement, prévention et signalement de pathologies infectieuses (l'OMS évoque le HIV et les hépatites mais *quid* de la Covid aujourd'hui ?) ;
- Utiliser des logiciels appropriés pour la collecte, le suivi, l'analyse des bases de données concernant la QVT ;
- Promouvoir la recherche des professionnels sur la QVT-santé personnelle ;
- Promouvoir et élaborer des initiatives « vertes » dans le secteur de la santé (recyclage, transport...).

3.2. Facteurs personnels contribuant à la qualité de vie au travail

Cet aspect a été étudié chez les anesthésistes en France (194). L'objectif principal de l'étude était la détermination des facteurs associés à la qualité de vie au travail (*Work-Related Quality of Life* WRQoL). Les facteurs analysés comprenaient les caractéristiques démographiques, le mode de vie, la situation financière, les traits de personnalité, les relations professionnelles, la gestion et l'organisation, et les tâches professionnelles au travail. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide d'un modèle de régression quantile multivariable. Au total, 2 040 anesthésiologistes ont répondu à l'enquête et 1 922 réponses ont été analysées (soit 19 % des anesthésiologistes en exercice). Les facteurs suivants étaient associés de façon indépendante à une augmentation de la qualité de vie au

travail : revenu familial, emploi à long terme, les facteurs organisationnels et de gestion (charge de travail hebdomadaire moindre, la conviction de fournir des services de soins de santé sécuritaires et de haute qualité, la gestion d'équipe et l'organisation de salles d'opération), les relations humaines (satisfaction à l'égard de l'ambiance de travail et les relations avec la direction de l'hôpital et les collègues) et les tâches professionnelles (participation aux activités de l'équipe). Trois traits de personnalité se sont avérés significativement associés à une augmentation de la qualité de vie au travail : extraversion, conscience et ouverture. Le névrosisme était associé à une réduction de la qualité de vie au travail.

3.3. Des mesures préventives

Roman et Prévost (1995) ont défini trois éléments contributifs à la satisfaction professionnelle :

- approche participative avec réunion pour repérer les zones d'amélioration ;
- nommer des collègues qui animent, se chargent des notes et du temps ;
- trouver des zones d'amélioration et les transformer en objectifs constructifs, avec une méthode et une décision votée.

Les auteurs ont souligné que « pour prévenir l'épuisement des équipes, l'approche reconnue consiste à soutenir la résilience des individus, tout en améliorant l'efficacité de leurs pratiques, et à créer une culture de bien-être au travail. »

Plus généralement, un certain nombre de mesures préventives ressortent de façon récurrente. On peut distinguer les interventions institutionnelles et collectives et les interventions individuelles.

Les interventions institutionnelles et collectives :

- éducation au burnout au sein des hôpitaux ;
- réduction des charges de travail ;
- diversifier et enrichir les tâches professionnelles ;
- entraînements à la gestion du stress au travail ;
- entraînements à la gestion des émotions ;
- ateliers renforçant le bien-être.

Les interventions individuelles :

- l'amélioration des relations professionnelles interpersonnelles ;
- la méditation ;
- les consultations individuelles ;
- l'exercice physique.

La prévention du burnout est également favorablement soutenue par :

- l'amélioration de la qualité du travail d'équipe ;
- la réduction des conflits vie privée-vie professionnelle ;
- l'apprentissage de techniques de communication et de gestion du stress ;
- la majoration de la satisfaction au travail ;
- la libération de plus de temps consacré à la communication avec les patients ;
- l'affectation au choix de la spécialité la plus adaptée à chaque interne ;
- la diversification de l'activité professionnelle ;
- la limitation de la discrimination entre les différentes spécialités.

Cependant, Lucas *et al.* (164) dans la discussion générale de leur étude nationale ont souligné que la plupart des programmes de « bien-être » ciblent les comportements à risque pour la santé (par exemple, aliments sains, réductions sur l'adhésion à la salle de sport, installations gymniques sur place, programme de sevrage tabagique, coaching de santé personnel, cours de nutrition ou de vie saine, ressources en ligne pour un mode de vie sain et campus sans tabac) et n'ont qu'un effet modéré sur l'épuisement professionnel et la santé mentale. L'efficacité des programmes de sevrage tabagique chez les agents de santé a été mal évaluée. Il est également à noter qu'encourager le personnel à faire de brèves siestes au travail a souvent été absent de ces programmes malgré les preuves que cela peut améliorer la productivité et diminuer l'épuisement (196).

3.3.1. Pour les chirurgiens-dentistes

Concernant la réduction du burnout des chirurgiens-dentistes au Royaume-Uni, l'étude de Chapman (197) a cherché à évaluer l'impact d'un ensemble d'outils DPC spécialement conçus pour améliorer les capacités d'adaptation, renforcer la résilience et réduire l'impact de l'anxiété sur la prise de décision clinique des dentistes. Trente-cinq dentistes bénévoles en soins primaires ont utilisé deux versions d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale spécialement conçu pour améliorer le bien-être et la prise de décision : l'un recevant seulement le matériel d'auto-assistance guidée et l'autre recevant le même matériel d'auto-assistance et bénéficiant en sus d'un atelier de 3 heures qui visait à mieux comprendre pourquoi les exercices étaient utiles et à encourager les participants. Les indicateurs de mesure étaient l'épuisement professionnel (évalué par le MBI), la dépression, l'anxiété, le stress et le style de prise de décision des dentistes. Des données ont également été recueillies sur l'utilisation et l'évaluation du programme. À six semaines, il y avait une réduction cliniquement et statistiquement significative des niveaux de dépression, d'anxiété et de stress, une réduction statistiquement significative de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel), une amélioration du confort de la prise de décision et une augmentation des réalisations personnelles. Les améliorations de la dépression, du stress, de l'épuisement émotionnel et du confort de la prise de décision ont été maintenues à 6 mois. Les dentistes ont été extrêmement positifs dans leur évaluation du projet et ont utilisé la plupart de son contenu. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux modes de délivrance du programme.

3.3.2. Toutes professions

ORSOSA (Organisation des soins et santé des soignants) (198) est un programme de recherche interventionnelle en santé des populations visant l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants. Ce programme était décomposé en deux études.

L'étude ORSOSA 1 a été conduite dans sept CHU (Grenoble, Bordeaux, Nancy, Toulouse, Limoges, Lille et Strasbourg). Elle a permis la constitution d'une cohorte prospective de soignants, la construction et la validation d'un outil de diagnostic des contraintes psychosociales et organisationnelles, d'une part, et des contraintes mécaniques, d'autre part. Au total, le suivi a été réalisé de 2006 à 2008 auprès de plus de 4 300 soignants sur trois secteurs de soins (chirurgie, médecine, urgences/réanimation) regroupant 210 unités fonctionnelles de travail.

L'étude ORSOSA 2 reposait sur l'utilisation de l'outil précédemment construit pour mettre en place une dynamique collective et consensuelle de prévention primaire conduite après une phase de diagnostic au niveau de l'unité fonctionnelle de travail. Elle visait à la construction d'une démarche structurée de prévention (198).

3.4. Amélioration du bien-être en situation professionnelle

Plusieurs auteurs ont tenté d'améliorer le bien-être des professionnels de santé exerçant au sein d'un collectif (institution, cabinet de ville...), par le biais de mesures générales, de dispositifs organisationnels ou technologiques.

3.4.1. Mesures générales

Roman & Cummings (199) dans un travail de synthèse ont rappelé quelques éléments scientifiquement étayés contributifs de la fatigue et du mal-être médical. Les auteurs ont évoqué le lien établi entre le creux circadien de 3 à 7 h du matin (ou celui de 13 à 16 h l'après-midi) et les erreurs techniques ou médicamenteuses. Il apparaît également que les horaires atypiques et le travail de nuit perturbent le sommeil et créent de la fatigue. Les auteurs ont évoqué quelques pistes ayant été démontrées efficaces pour réduire ces perturbations : agenda du sommeil, sieste avant une garde, éviter les repas lourds, éviter les activités physiques intenses et boissons stimulantes en fin de journée...

Le perfectionnisme est également un élément pouvant conduire à un stress émotionnel. Johnson (200) évoque ce trait de caractère et conclut à partir d'une analyse de littérature : « Le doute chronique est un couteau à deux tranchants, car malgré le fait qu'il soit en général positif pour les patients, il est à l'origine d'une anxiété chronique et d'une inquiétude permanente pour les médecins ».

Prévost & Roman (201) ont défini la spirale de l'insatisfaction, avec son enchaînement d'évènements individuels et collectifs : désir de quitter le milieu ; baisse d'engagement ; problème de collégialité et communication ; départ ; alourdissement de la tâche de ceux qui restent ; répercussion sur les collègues ; stress et fatigue et renforcement de l'insatisfaction individuelle et collective. Ces auteurs ont souligné que trop souvent l'outil employé en réaction est l'hyperinvestissement professionnel qui entraîne aussi ces mêmes conséquences tôt ou tard. Ils ont conclu par quelques conseils : encourager l'autonomie professionnelle sur leurs conditions de travail, soutien administratif pour libérer le professionnel des tâches éloignées du soin, encourager la « déconnexion », que les organisations suivent les indicateurs de bien-être et de satisfaction (taux de roulement, absentéisme, taux de postes vacants, etc.), développer la formation initiale sur le leadership et la prise en compte de son propre bien-être.

L'article de Cummings (202) explicite les difficultés auxquelles sont soumis les médecins pour la préservation de leur propre état de santé. Pour réduire ces difficultés, l'auteur propose quelques pistes permettant au médecin quand il est en situation d'être patient :

- d'être rassuré sur la confidentialité ;
- de se sentir reconnu avec sa propre expérience même s'il est malade ;
- de sentir l'écoute, l'empathie, le soutien, sans peur d'être jugé.

L'auteur donne également quelques outils pour aider le « patient-médecin ». Mais ces outils sont essentiellement en anglais et n'ont pas été validés dans le contexte culturel français (202).

3.4.2. Dispositifs organisationnels ou technologiques

Carilion Clinic, un système de santé intégré multispécialité de Virginie-Occidentale (203), propose un dispositif technologique pour aider à la prise en compte des stressés. Le dispositif intègre différentes

dimensions : la formation et l'accompagnement des professionnels de santé avec un espace Schwartz Rounds™ pour échanger à propos des difficultés émotionnelles vécues par l'équipe soignante.

Après avoir interrogé son personnel (par le biais du MBI), l'établissement, à l'aide d'un comité de bien-être (*Professional Wellness Committee*) a pu proposer des premiers axes de travail :

- la réalisation d'un portail d'informations sur le système de soins et sur les différentes initiatives en termes de bien-être ;
- l'aide à l'autonomie professionnelle avec le développement de logiciels de reconnaissance vocale, l'accompagnement vers une meilleure utilisation du logiciel de soins.

Le *Mayo Clinic Leader Index* est un outil d'évaluation développé par la *Mayo Clinic* qui a été utilisé pendant plusieurs années sur différents établissements et organisations de santé aux États-Unis (204). Cette évaluation standardisée à l'échelle de l'organisation peut aider les dirigeants à comprendre leurs comportements et la manière dont leurs subordonnés directs les perçoivent et y répondent. L'utilisation de cet outil est réalisée à la première des étapes d'un programme intitulé *Five STEPS to Cultivate Leadership that Promotes Health Care Professional Well-Being*. Les cinq étapes sont les suivantes :

- mesurer les comportements de leadership de base ;
- évaluer et partager les résultats ;
- offrir des opportunités de croissance et de développement ;
- normaliser et faire évoluer l'ensemble de l'organisation ;
- construire une culture de confiance et de communication.

L'idée est que grâce à la mesure et au soutien organisationnels, les dirigeants seront conscients de ce qu'ils font bien afin de pouvoir continuer à le faire, tout en accédant à des ressources pour s'améliorer dans les domaines qui accusent du retard.

Parce que la fidélisation du personnel et l'attractivité sont des éléments importants pour la qualité, Brunelle et al. (205) ont cherché à mettre en évidence les facteurs d'attractivité pour le personnel infirmier. Selon eux, il existerait 8 conditions essentielles pour devenir un « hôpital magnétique » :

- autonomie professionnelle ;
- support fourni (sécurité, soutien informatif, garderies, etc.) ;
- bonne collaboration entre médecins et infirmiers ;
- valorisation professionnelle et leadership infirmier ;
- relation positive entre pairs ;
- ratio de personnel adéquat ;
- focus patient avec une dimension clinique importante ;
- importance de la qualité des soins.

Trois modes de fonctionnement complètent ces éléments d'attractivité :

- une relation de confiance entre employeurs et employés en assurant une communication rapide et sans crainte ;
- l'erreur est admise, pas la faute, et elle est toujours utilisée et corrigée ;
- peu de paliers hiérarchiques, l'encadrement est surtout clinique et l'organisation hiérarchique est claire et transparente.

3.5. Des outils d'évaluation de l'état de santé des professionnels

Parmi les nombreux instruments visant à évaluer l'état de santé de populations, notamment en milieu professionnel, il est possible d'en dégager sept reconnus qui couvrent les différentes dimensions de la santé au travail. Tous ont été traduits en français.

Karasek Job Content Questionnaire (206)

29 questions permettant d'évaluer les différentes sources de contraintes mentales
Traduit en français au Canada par Larocque *et al.* (207)

The Nordic Musculoskeletal Questionnaire (208)

Questionnaire en 30 items

Traduit en français (questionnaire sur la santé musculo-squelettique des travailleurs) et adapté par Forcier *et al.* (UQAM) (209)

Perceived Stress Scale PSS (210)

10 items

Traduit en français. Échelle de mesure du stress perçu par Lesage (211)

Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (212)

L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6

Traduction française : Lemperière citée par différents auteurs (213) (214) (215)

Questionnaire Leymann Inventory of Psychological Terror LIPT

Leymann (1996) cité par (216)

Traduction française : *Leymann Inventory of Psychological Terror* – Version française (2006) (216)

Soumis à copyright, contact : isabelle.niedhammer@st-maurice.inserm.fr

Hospital Anxiety and Depression Scale (217)

Permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3.

Traduction française : Lépine (218)

Maslach Burnout Inventory (MBI test)

Le test se décompose en 22 questions représentant des sentiments (ou des idées, des impressions mêmes du travail, fatigue chronique, troubles du sommeil, troubles physiques).

Traduction française et validation du *Maslach Burnout Inventory* (219)

4. Les recommandations et plans nationaux en France

4.1. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail

En 2016, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (220) a permis de formuler des recommandations pour améliorer la détection et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements hospitaliers. La plupart des recommandations formulées trouvent une traduction dans les engagements de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (221) lancée par le ministère chargé de la Santé en décembre 2016 qui a proposé les axes de travail suivants :

- créer une mission nationale chargée de la qualité de vie au travail des professionnels de santé ;
- mettre en place un observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé ;
- développer la recherche sur la qualité de vie au travail ;
- intégrer un module « qualité de vie au travail » dans toutes les maquettes de formations initiales médicales, paramédicales et de directeurs d'établissement, afin de favoriser l'appropriation par chacun du concept de qualité de vie au travail. L'objectif est de contribuer au développement de bonnes pratiques au sein des collectifs de travail, favorisant le bien-être au travail de chacun ;
- intégrer systématiquement au projet d'établissement, dans la partie relative au projet social, un volet consacré à la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels ;
- créer, au sein de chaque commission médicale d'établissement (CME), une sous-commission en charge de la qualité de vie au travail des personnels médicaux.

La stratégie nationale de 2016 a conduit aux priorités définies en 2017 (222) en définissant dès lors un cadre : proposition d'orientations stratégiques en s'inspirant des initiatives étrangères faisant référence, par un expert, implication de représentants des professionnels et des établissements.

Ces travaux ont associé l'ensemble des organismes impliqués sur ce thème, grâce à l'organisation d'une conférence de consensus réunissant le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), les organisations syndicales de praticiens hospitaliers, les conférences de présidents de CME et de directeurs. L'objectif était de renforcer l'approche collective, partagée et pluriprofessionnelle, le développement de la qualité de vie au travail en soutenant la culture de la qualité de vie et des conditions de travail et le développement de la culture du management.

4.2. Recommandation de la HAS concernant les outils de repérage du burnout

Dans le rapport d'élaboration de la [fiche mémo](#) « repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout » (179), concernant les outils de repérage, il est conclu à l'issue du travail que le Maslach Burnout Inventory (MBI) est le questionnaire le plus utilisé. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions existant pour des populations spécifiques (respectivement le MBI-Human Service Survey, pour les professions d'aide et de soins, et le MBI-Educators Survey pour les professions de l'enseignement et de la formation), et une version pour la population générale au travail (le MBI-General Survey).

Il est rappelé que le MBI peut servir à repérer, au niveau collectif, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir sur les difficultés auxquelles se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel. Le rapport souligne que le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ou le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) n'ont pas été construits comme des instruments d'évaluation individuelle. Ils peuvent être éventuellement utilisés comme outil pour guider un entretien avec le patient. Le repérage individuel s'appuie, lui, sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique.

Le rapport rappelle que d'autres dimensions du syndrome d'épuisement professionnel peuvent être explorées en complément, au moyen d'autres questionnaires (179).

4.3. Propositions par la HAS de mesures organisationnelles pour les établissements de santé et certification des établissements

La HAS (223) a proposé des mesures organisationnelles pour les établissements de santé, concernant toutes les professions. Ces actions peuvent être classées en plusieurs catégories : les actions visant un impact direct sur la santé et les actions organisationnelles visant un effet indirect.

4.3.1. Actions à visée directe sur la santé physique et psychique

- Initier, encourager et favoriser les pauses de travail ;
- instaurer, sur le lieu de travail, des espaces et des temps de détente auxquels le personnel peut accéder sur son temps de travail. Faciliter l'accès à des méthodes de détente et de bien-être comme des ateliers de gestion du stress ou des séances d'activité physique. S'appuyer pour ce faire sur les ressources internes ou des webinaires ;
- fournir si possible un lieu où le personnel peut demeurer plusieurs jours en cas de distance géographique importante entre le lieu d'habitation et le lieu de travail ainsi que du stationnement facilement accessible et gratuit à proximité ;
- informer de façon institutionnelle et régulière sur les dispositifs de soutien psychosocial mis en place et les modalités de recours ;
- s'assurer de la pérennité des dispositifs de soutien psychosocial : soutien téléphonique, visio-entretiens, consultation dédiée assurée par des psychologues et des psychiatres, permanences de travailleurs sociaux. En garantir l'anonymat d'accès et la confidentialité ;
- favoriser des dispositions pour organiser un appui logistique des personnels : hébergement, transport, garde d'enfants, restauration, etc., avec une attention particulière aux parents isolés.

4.3.2. Actions organisationnelles à visée indirecte

- Fixer les missions et tâches des différents intervenants amenés à collaborer dans la prise en charge des patients afin de lever toute ambiguïté de rôle, et si possible les formaliser ;
- associer systématiquement un personnel expérimenté aux personnels moins expérimentés, nouveaux ou en renfort ;
- organiser l'alternance des fonctions les plus stressantes et des fonctions les moins stressantes ;
- limiter tant que possible les modifications d'affectation des professionnels ;
- offrir des moments de contact réguliers pour discuter des décisions prises, des questions d'éthique, et des éventuelles difficultés rencontrées (cf. paragraphe « Accompagnement et soutien social et psychosocial ») ;
- prendre en compte les difficultés en termes de moyens matériels (médicaments, consommables...) et humains (effectifs...) et y répondre en concertation avec les professionnels ;
- favoriser les échanges entre professionnels médicaux et non médicaux afin de limiter les clivages et de renforcer leur cohésion ;
- tenir compte des personnels de nuit qui ne peuvent pas participer aux temps institutionnels de la journée.

4.4. Les grands axes structurant la santé au travail

4.4.1. Améliorer l'accès aux services de santé au travail (SST)

La HAS (179) a rappelé le « rôle majeur que les services de ressources humaines, l'encadrement et les services de santé au travail (SST) ont à jouer dans la prévention ».

Elle rappelle notamment les recommandations de :

- l'OMS de 1995 sur les interventions individuelles comme la relaxation ou concernant les travaux de groupes comme des *team building* ;
- les programmes de recherche sur le burnout en Belgique en 2012-2013, sur le développement de groupes d'entraide, du mentorat et à nouveau des ateliers de relaxation et gestion du stress, et un travail d'information générale sur le burnout ;
- les interventions éducatives et psychosociales, méditations pleine conscience, stratégie de *coping*.

Les recommandations (222) issues de la « stratégie nationale d'amélioration de la condition de vie au travail » (221) mentionnent trois engagements :

- améliorer la prévention et le suivi médical des professionnels de santé exerçant en ambulatoire ;
- prévenir et détecter la souffrance au travail (intégrant les dimensions d'information des professionnels de santé sur la prévention des risques psychosociaux) ;
- renforcer les dispositifs d'accompagnement des professionnels en difficulté (visant à favoriser la mise en œuvre d'un dispositif d'écoute téléphonique accessible par un numéro national facile à identifier et à contacter).

4.4.2. Améliorer et renforcer la formation

Parmi les recommandations du ministère des Affaires sociales et de la Santé (222) tirées de la « stratégie nationale d'amélioration de la condition de vie au travail » (221) figurent deux engagements portant sur la formation, l'un dans l'axe 1 « améliorer les conditions d'exercice » et l'autre dans l'axe 3 « prévenir et prendre en charge la souffrance au travail ».

Le premier engagement porte sur l'adaptation des formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail tout au long de la carrière. Cet engagement est articulé autour de deux actions. L'une porte sur la formation initiale, la seconde sur la formation continue.

Le second engagement est intitulé « former à la spécificité de soigner un professionnel de santé ». Il se fonde sur le développement des formations universitaires sur le thème « soigner les soignants ».

Ce rôle clé de la formation est également signalé dans le contexte plus large de la fonction publique. La direction générale de l'Administration et de la Fonction publique (DGAFP) (162) a élaboré les recommandations suivantes, concernant les trois fonctions publiques (État, territoriale, hospitalière), pour la période 2022-2025 :

- développer la formation à la prévention et la santé au travail dans les écoles de service public et dans le tronc commun des cursus de formation des encadrants ;
- organisation d'initiatives de l'École du management et des ressources humaines dédiées à la santé et la sécurité au travail ;
- étoffer la formation destinée aux infirmiers en santé au travail ;
- améliorer la couverture, l'articulation et l'efficacité du système d'acteurs spécialisés de l'accompagnement et du conseil ;

- renforcer la formation des conseillers et des assistants de prévention ;
- élaboration de référentiels de formation initiale et continue des conseillers et assistants de prévention ;
- rénover la formation initiale des inspecteurs santé et sécurité au travail et travailler à la mise en place d'une formation continue.

4.4.3. Renforcer la culture de prévention et de santé et sécurité au travail

La « stratégie nationale d'amélioration de la condition de vie au travail » (221) définit deux engagements sur le développement de la culture prévention. Le premier est de « faire du respect et de la sécurité des soignants l'affaire de tous » en appelant l'attention sur le respect dû aux professionnels de santé. Le second est de « diffuser et généraliser les bonnes pratiques en matière de sécurité des soignants par l'information, la prévention et la formation ». Cet engagement est articulé autour de deux actions : « informer les professionnels sur les moyens de prévenir les violences et de renforcer leur sécurité », d'une part, et « publier un guide de prévention des violences en milieu de santé pour améliorer la sécurité des professionnels de santé par l'intermédiaire de conduites à tenir, de diffusion de mesures et de bonnes pratiques (ONVS) », d'autre part.

Ces orientations ont été reprises et confirmées par la DGAFP (162), qui pose plusieurs pistes déjà évoquées dans ce document :

1. remise à chaque employeur public d'un document rappelant les droits et obligations en matière de santé et sécurité au travail ;
2. création de modules inscrits dans les cursus pédagogiques en formation initiale (conditions de travail, impact du management sur la santé au travail, qualité de vie et des conditions de travail...) ;
3. lancement de la Semaine annuelle de la santé au travail dans la fonction publique pilotée par la DGAFP dans le cadre de la Semaine européenne sur la santé au travail ;
4. échanges de bonnes pratiques avec d'autres pays ;
5. déploiement d'un plan de prévention des risques liés à l'amiante, mieux prévenir le risque chimique et les risques liés aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques.

4.4.4. Document unique d'évaluation des risques professionnels

Le **document unique** d'évaluation des risques professionnels ([DUERP](#)) est obligatoire, sous peine de sanctions financières, dans toutes les entreprises dès l'embauche du 1^{er} salarié. La réglementation distingue les entreprises de moins de 50 salariés, moins de 300 et plus de 300.

Ce document a pour objectif de faire :

- l'inventaire des dangers et l'évaluation des risques identifiés dans l'entreprise ;
- la liste des actions de prévention des risques et de protection des salariés ;
- une annexe des données collectives utiles à la traçabilité des expositions des salariés aux facteurs de risque professionnels.

Il est régi par 9 principes généraux :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être totalement évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail dans le but de réduire ses effets sur la santé ;

- tenir compte de l'évolution technique ;
- remplacer un produit ou un procédé quand il est dangereux par une alternative plus sécuritaire ;
- planifier la prévention en intégrant : technique, organisation, conditions de travail, environnement et relations sociales ;
- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner des instructions appropriées aux salariés.

4.4.5. Le droit de retrait pour les professionnels

Il est important pour les professionnels de santé de connaître ses droits et mécanismes de protection.

Le salarié qui a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé peut se retirer d'une situation de travail (après en avoir alerté son employeur).

En établissement public, prévu à l'article 5-6 du décret n°82-453.

En établissement privé, protection édictée dans l'article L. 4131-3 du Code du travail.

4.5. La place de la QVT des soignants dans la certification des établissements de santé

La prise en compte de la qualité de vie au travail est l'un des critères du manuel de certification (critère 3.5 dans le chapitre 3) : « Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance » (224).

En mai 2012, la HAS a labellisé des [recommandations de bonnes pratiques sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit](#).

Il est rappelé ici plusieurs messages clés :

- le travail posté et/ou le travail de nuit sont associés à : une diminution du temps de sommeil total par 24 heures (de l'ordre de 1 à 2 heures par 24 heures conduisant à une privation chronique de sommeil) ;
- une augmentation du risque de somnolence durant la période d'éveil ;
- un risque augmenté d'accidents et de quasi-accidents de la circulation.

Chez la femme, le travail posté et/ou le travail de nuit sont :

- un facteur de risque probable pour le cancer du sein ne justifiant pas de dépistage spécifique par rapport au dépistage organisé du cancer du sein ;
- un facteur de risque éventuel pour le déroulement de la grossesse.

Chez les femmes exerçant un travail posté et/ou de nuit, il est recommandé : de les informer des risques éventuels lors de la grossesse (avortements spontanés, accouchements prématurés, retard de croissance intra-utérin), de porter une attention particulière à ce qu'elles bénéficient d'un suivi gynécologique annuel, en l'absence de suivi régulier, de les adresser pour une consultation de gynécologie à partir d'une durée d'exposition au travail posté et/ou de nuit de 5 ans.

En médecine du travail, l'article L. 3122-42 du Code du travail impose une surveillance médicale deux fois par an aux travailleurs affectés de nuit.

Les recommandations sont d'établir au cours de la visite médicale en santé au travail un agenda du sommeil sur une période de 2 semaines de travail.

L'utilisation de l'échelle de somnolence d'Epworth (225) est à privilégier pour l'évaluation de la somnolence habituelle de ces travailleurs.

La HAS note plusieurs mesures de prévention dans ses recommandations de bonnes pratiques (179).

- Il est recommandé : d'informer les travailleurs de l'importance de maintenir un temps de sommeil supérieur à 7 heures par 24 heures et une bonne hygiène de sommeil, d'informer les travailleurs de l'ensemble des risques identifiés, et en particulier du risque accidentel (accident de la circulation notamment).
- L'exposition à la lumière avant et/ou au début de chaque poste est recommandée pour faciliter l'adaptation au travail posté et/ou de nuit. La limitation de l'exposition à la lumière en fin de poste est recommandée pour faciliter le sommeil.
- La sieste est recommandée pour réduire les troubles de la vigilance et diminuer la somnolence chez les travailleurs postés et/ou de nuit. Durant le travail de nuit, et tout particulièrement en cas de poste de sécurité, une sieste courte (inférieure à 30 minutes) est recommandée. Cette sieste peut être effectuée avant la prise de poste ou au cours des pauses durant le travail, selon les possibilités.
- Avec respect des précautions d'usage, une prise unique de caféine (sous la forme d'un café) en début de poste peut améliorer la vigilance au travail.

4.6. Préconisations des institutions professionnelles

4.6.1. Propositions de l'Académie nationale de médecine

L'Académie nationale de médecine (226) a produit en 2016 un rapport sur le burnout. L'Académie souligne que l'échelle de mesure dite *Maslach Burnout Index* (MBI) ne peut être considérée comme un outil diagnostique individuel. En population non clinique, elle répartit chaque dimension (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi) en trois tertiles (niveau faible, intermédiaire, élevé).

Les auteurs précisent également que les facteurs étiologiques du burnout sont ceux des risques psychosociaux (exigences du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, manque de soutien social et de reconnaissance, conflits de valeur, insécurité de l'emploi et du travail) et ceux liés à la personnalité du sujet.

L'Académie recommande :

- des actions doivent être mises en œuvre par les organismes en charge de la recherche médicale pour l'établissement de critères cliniques, l'identification des mécanismes physio et psychopathologiques et en conséquence de modalités préventives et thérapeutiques de l'épuisement professionnel ;
- de donner une priorité aux maladies dites de société (complications somatiques et psychiques du stress) dans les programmes de formation des étudiants en médecine et de développement professionnel continu des professionnels de santé ;
- une collaboration entre médecine du travail et management de l'entreprise doit être institutionnalisée dans une démarche de prévention des pathologies mentales liées au travail ;
- la création d'une structure capable de faciliter la coopération entre les ministères concernés (Travail, Santé, Recherche).

4.6.2. Propositions de l'Ordre national des infirmiers

En 2022, l'Ordre national des infirmiers (ONI) (121) a fait des propositions pour un système de santé plus proche, plus efficient, plus durable. Parmi celles-ci, en lien direct avec la QVT :

1. lancer un programme national d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les infirmiers (en tenant compte du dernier rapport de la DREES sur la charge mentale pesant sur les infirmiers) ;
2. développer les consultations de psychologues dédiées aux infirmiers ;
3. leur proposer régulièrement un bilan de santé.

5. Méthodes et outils développés, en France, pour la prise en compte de l'état de santé des professionnels de santé

En dehors de la médecine du travail pour les salariés, la question de la santé des soignants est un sujet qui est pris en compte de façon encore insuffisamment structurée au niveau national. Cependant, elle n'est pas ignorée et des actions existent de la part des ordres, d'instances professionnelles ou associatives.

Cette identification de documents de référence, méthodes ou outils utiles n'est pas un état des lieux exhaustif ou prescriptif, et il ne s'agit pas d'une revue de l'évaluation de leurs résultats. Ils constituent une base générale pour les sept professions et n'incluent pas les déclinaisons par spécialités, spécificités d'exercice ou par pathologies.

L'annexe 4 présente une proposition de ressources pour l'axe 4 « mieux prendre en compte la santé personnelle ». Elle n'a pas de valeur prescriptive.

5.1. Repérage et prise en charge de syndrome d'épuisement des professionnels

La HAS a publié en 2017 un rapport et une fiche mémo – « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout » (179, 227) – qui font une synthèse de la littérature et des recommandations étrangères, notamment sur les :

- éléments de définition et des manifestations ;
- facteurs de risque ;
- outils de repérage.

La fiche mémo porte sur la définition du syndrome d'épuisement professionnel, son repérage, sa prise en charge et l'accompagnement des patients lors de leur retour au travail.

Les cibles professionnelles de ces recommandations sont prioritairement les médecins généralistes et les médecins des services de santé au travail.

5.2. Le programme aide solidarité soignants (PASS) et le 0800 288 038, numéro national d'aide aux soignants

Le [PASS](#), « [programme aide solidarité soignants](#) », a été lancé le 10 mars 2018 : 1^{er} dispositif national de proximité pour la santé et l'équilibre professionnel des soignants.

Le PASS est présenté comme un dispositif structuré de prise en charge de la santé des soignants. Il repose sur des pratiques harmonisées sur le plan national et un réseau pour apporter des réponses de proximité. Label de référence constitué en partenariat avec le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), il rassemble 7 associations et structures référentes d'entraide pour les soignants (AAPMS (Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants) ; APSS (Association pour les soins aux soignants) ; ARENE (Association régionale d'entraide du Nord-Est) ; le réseau ASRA (Aide pour les soignants en Rhône-Alpes) ; ASSPC (Association santé des soignants de Poitou-Charentes) ; ERMB (Entraide régionale des médecins de Bretagne), MOTS (Médecin organisation travail santé).

Il est mis à disposition des compétences de l'ensemble des parties prenantes de la chaîne soignante (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, kinés, sages-femmes, dentistes, pharmaciens) et le réseau des USPS (unités d'hospitalisation de soins pour les professionnels de santé).

Ce programme a permis la mise en place d'un numéro de téléphone unique disponible 24 h/24, 7 j/7 pour tous les professionnels de santé en détresse, quels que soient leur spécialité ou leur mode d'exercice, sur tout le territoire : le 0800 288 038. Il est prévu que des psychologues cliniciens proposent une orientation vers une prise en charge adaptée et les redirigent vers leur ordre respectif pour ce qui concerne les questions de déontologie, juridiques, violences, agressions...

Pour les médecins, le CNOM précise que le professionnel en faisant la demande pourra être mis en relation soit avec :

- un psychologue clinicien ;
- la commission nationale d'entraide du Conseil national de l'ordre des médecins pour évoquer toute difficulté financière, administrative, juridique ou autre et celle liée à la Covid-19 ;
- un confrère de soutien des associations qui prendra en charge l'écoute et pourra orienter vers une personne ressource, en particulier des psychiatres (187).

Pour les infirmiers, l'Ordre national des infirmiers a enrichi son dispositif d'entraide ordinale avec [SOLIDARITÉ ORDINALE INFIRMIÈRE](#). Selon le site de l'Ordre national des infirmiers, les infirmier(e)s qui appellent le numéro unique d'aide aux soignants sont en contact avec des psychologues cliniciens formés et peuvent, en fonction de leur demande :

- bénéficier d'un soutien psychologique (épuisement professionnel, burnout, détresse psychologique...), ou d'une orientation vers un service hospitalier dédié à la prise en charge des soignants, voire d'une prise en charge d'urgence si la situation l'impose (en cas de risque de suicide notamment) ;
- être réorientés vers le Conseil départemental de l'ordre des infirmiers : violence, agression, litige avec un confrère, un patient ou sa hiérarchie, difficultés financières ;
- être réorientés vers les services de l'Ordre national des infirmiers : questions de déontologie, questions juridiques, administratives, règlementaires.

5.3. Des associations d'aide et de soutien pour les professionnels de santé

Le CNOM a signé une [charte de coopération avec un réseau d'associations de proximité](#) pour venir en aide aux médecins, dont les actions s'inscrivent dans les principes de l'entraide ordinale. À ce jour, cela concerne :

- ASRA, [réseau d'Aide aux soignants de Rhône-Alpes](#) (2012) ;
- MOTS, [Organisation du travail et santé du médecin](#) (2010) (www.association-mots.org) ;
- ARENE, Association régionale d'entraide du Nord-Est (2015) ;
- ASSPC, [Association santé des soignants en Poitou-Charentes](#) (2012) ;
- ERMB, Entraide régionale des médecins de Bretagne (au CROM de Bretagne) ;
- APSS, [Association pour les soins aux soignants](#) (2009 ; fondée par la CARMF, le CNOM, la FHP, FHF, groupe Pasteur Mutualité).

D'autres associations existent sur le territoire, comme :

- AAPMS ([Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants](#) ; 2005) ex-AAPML ;
- *Mood Up* ARA et le site prévention-soignant (2019). La délégation inter-URPS de la région Auvergne-Rhône-Alpes, dénommée *Mood Up* ARA gère le site prevention-soignant.fr.

Ces associations ont en général, au minimum, un numéro d'appel et un site qui met à disposition un certain nombre de services et de ressources, comme (liste non exhaustive) :

- un numéro vert ou un numéro d'appel et/ou une application mobile ;
- parfois des consultations ou des lieux de soins comme la maison de soignants ouverte en 2020 à Paris par l'association SPS ;
- des outils d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants ;
- des autotests en ligne pour évaluer sa santé mentale, son stress ou l'épuisement professionnel ;
- des formations en ligne ([MOOC gratuits](#)).

5.4. Des référents risques psychosociaux pour les masseurs-kinésithérapeutes

Depuis 2019, une stratégie de prévention des risques psychosociaux a été élaborée puis mise en place, avec un certain nombre d'outils, parmi lesquels la création de référents risques psychosociaux, désignés parmi les élus des Conseils régionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CROMK). Une [formation](#) sur les risques psychosociaux s'est tenue en juin 2021, à destination des 14 référents risques psychosociaux des CROMK. Cette journée a permis de définir leur mission et leur rôle, en lien avec les Conseils départementaux de l'ordre de leur région respective.

Le travail est encore en cours aujourd'hui pour mettre en œuvre des dispositifs concrets pour informer et soutenir les kinésithérapeutes en difficulté. Le rôle de ces référents est d'accompagner, de coordonner et d'évaluer les actions des conseils départementaux.

5.5. Les unités de soins pour les soignants en souffrance psychique (USPS)

Ces unités sont prévues pour la prise en charge de troubles relevant de la sphère psychologique et/ou psychiatrique, comme les troubles dépressifs et anxieux notamment, ainsi que du domaine des addictions ([20 structures](#) sont répertoriées par l'Association Soins aux Professionnels de santé).

L'épuisement professionnel est tout particulièrement concerné, le retentissement psychologique des conflits interpersonnels au sein des structures d'exercice professionnel, et plus généralement toute crise psychologique en lien avec la pratique professionnelle, dans une approche globale de la santé.

5.6. « Dis doc, t'as ton doc ? » du Collège français des anesthésistes réanimateurs

Depuis 2009, la commission SMART du Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) propose des outils d'information, auto-évaluation, aide et orientation pour les professionnels en situation d'épuisement professionnel ou d'addiction.

En 2017, elle a initié une campagne nationale de sensibilisation sur l'importance pour les médecins d'avoir un médecin traitant personnel intitulée « [Dis doc, t'as ton doc ?](#) ». Cette campagne a pour objectif de les inciter à prendre un médecin traitant et écarter les tentations d'auto-diagnostic et d'auto-médication.

Le CFAR a également élaboré une fiche « Conduite à tenir face à un collègue qui a des propos suicidaires » (228).

5.7. DIU soigner les soignants

[SOIGNER LES SOIGNANTS Prendre soin de soi, de ses confrères, ça se travaille](#) est un DIU qui existe depuis 2015, co-géré par l'université Paris Diderot et l'université Toulouse III. Il a formé à ce jour six promotions soit 102 professionnels (essentiellement des médecins, mais aussi des IDE, psychologues...).

Le programme 2022 comporte quatre modules et une partie dédiée à l'auto-évaluation des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel.

Les 4 modules :

- module 1 : le soignant, un patient particulier ;
- module 2 : la santé mentale des soignants ;
- module 3 : les risques du métier de soignant ;
- module 4 : les orientations et ressources.

L'auto-évaluation des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel :

- Comment je prends soin de moi et me soigne ?
- Comment j'organise mon activité professionnelle ?
- Comment je soigne ?

Le site du DIU met à disposition, pour une partie en accès libre, des mémoires, informations, ressources sur ce sujet.

5.8. Guides d'aide à la prévention publiés par le ministère du Travail, l'ANACT et l'INRS

Dans le guide d'aide à la prévention du syndrome d'épuisement professionnel, publié par le ministère du Travail et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) (229), après la phase « d'arrêt maladie » et de retrait, il est recommandé dans ce guide un retour progressif complété par « un travail sur soi » indispensable.

Pensé pour une reprise en milieu salarié, le guide propose une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, et avec un accompagnement du travailleur, voire de l'équipe de travail et du manager. En outre, différentes actions et dispositions réglementaires peuvent être mises en place (aménagement du poste et des horaires de travail, temps partiel thérapeutique, suivi médical renforcé en santé au travail, etc.). Ce travail n'est possible que si le médecin du travail, le service des ressources humaines et le responsable direct travaillent en réseau avec l'accord du professionnel et, si possible, sa participation.

En pratique, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) propose des outils et services aux entreprises et salariés du régime général. Pour les [métiers de la santé et des soins](#) à la personne, des fiches recensent les principaux risques et la démarche de prévention :

- [cabinets dentaires](#) ;
- [laboratoires d'analyses biologiques](#) ;
- [milieux de soins](#) ;
- [EHPAD](#) ;
- [hôpitaux et cliniques](#) ;
- [métiers au service du handicap](#) ;
- [soins à domicile](#).

6. Méthodes et outils pour la prise en compte de l'état de santé personnelle dans les systèmes étrangers de recertification/revalidation

La question de la santé des personnels de santé est présente au sein du système de certification ou lors des inscriptions aux ordres dans le système anglais, et de façon plus hétérogène ailleurs. D'autre part, cette question est traitée au sein des systèmes de santé, comme le montrent certains exemples.

6.1. Royaume-Uni

6.1.1. Une auto-déclaration obligatoire de l'état de santé pour exercer et se revalider

Le système anglais fait obligation aux professionnels de santé d'une déclaration sur leur état de santé lors du renouvellement de l'inscription à l'ordre (paiement des cotisations). Pour les médecins, cette obligation est un axe inclus dans le processus de revalidation.

Pour les médecins

Le GMC, avec le *statement of health*, implique une déclaration que le médecin généraliste (GP) concerné remplit à propos de sa santé personnelle (230). Le médecin ne doit pas se traiter lui-même mais doit bien être pris en charge par un médecin sans lien familial. Les bonnes pratiques médicales donnent les recommandations suivantes :

- s'inscrire auprès d'un médecin généraliste (vous devez être inscrit auprès d'un praticien en dehors de votre famille pour vous assurer d'avoir accès à des soins médicaux indépendants et objectifs) ;
- se vacciner (vous devez protéger vos patients, vos collègues et vous-même en étant immunisé contre les maladies transmissibles graves courantes lorsque des vaccins sont disponibles) ;
- se faire prendre en charge en cas de maladie grave qui pourrait poser un risque pour les patients (si vous savez que vous avez, ou pensez avoir, une maladie grave que vous pourriez transmettre aux patients, ou si votre jugement ou votre performance peuvent être affectés par une affection ou son traitement, vous devez consulter un collègue dûment qualifié. Vous devez *demandeur et suivre ses conseils sur les investigations, le traitement et les changements à votre pratique* qu'il juge nécessaires. Vous ne devez pas vous fier à votre propre évaluation du risque que vous présentez pour les patients) ;
- prendre soin de son bien-être physique, mental et émotionnel pour maintenir l'aptitude à pratiquer (le RCGP reconnaît les pressions importantes exercées sur les services de santé fournis par les médecins généralistes et vous recommande de discuter de la structure de votre travail et de votre équilibre travail/loisirs avec votre évaluateur pour vous assurer que vos besoins humains fondamentaux sont satisfaits. Il peut être utile de réfléchir aux signes avant-coureurs montrant que vous pourriez avoir besoin de demander de l'aide).

L'*Academy of Medical Royal College* (AMRC) propose un [questionnaire d'auto-évaluation](#) qui est mis à disposition des praticiens.

Dans le formulaire d'évaluation en vue de la revalidation [Input-light appraisal template](#) (AMRC, août 2020), l'item sur la santé (bien-être personnel et professionnel) propose une auto-évaluation sur une échelle de 1 à 10 et trois points sont soumis à l'analyse du praticien :

- Quel a été l'impact de la pandémie de Covid-19 sur vous ?
- Comment maintenez-vous votre santé et votre bien-être et que devez-vous faire différemment, le cas échéant ?
- Avez-vous eu besoin de soutien et l'aide dont vous aviez besoin était-elle disponible ?

Le *Royal College of Ophthalmologists* précise dans ses documents que la portée de l'auto-déclaration doit refléter la nature du travail et des exigences spécifiques à une spécialité. Et il fait le lien avec les lignes directrices relatives aux risques de transmission infectieuse en chirurgie ophtalmologique.

Pour les sages-femmes et infirmières

L'état de santé des sages-femmes et infirmières est un point important dans l'inscription et la revalidation. Les professionnels disposent d'un guide de l'auto-déclaration dédié « [Guidance on health and character](#) » qui précise les exigences en matière de santé afin de s'assurer qu'elles peuvent exercer de façon sécuritaire et efficace.

Pour les pharmaciens

L'état de santé fait l'objet d'une déclaration au *General Pharmaceutical Council* mais pas dans le cadre de la revalidation. Le *General Pharmaceutical Council* (GPhC) (231) est une instance indépendante de régulation pour les pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Le DPC comprend un élément clé, le *peer discussion* (discuter avec un pair de confiance permet de réduire l'isolement des professionnels). Le professionnel peut choisir son pair ou un groupe de pairs.

Pour les pédicures-podologues

Pour les pédicures-podologues, le *Health and Care Profession Council*, qui gère plusieurs autres professions, évoque plusieurs standards dont le standard *Manage your health* : obligation d'adapter ou de rompre son exercice si son état physique ou mental peut affecter sa performance, son discernement ou mettre les autres en danger.

Il est rappelé que les pédicures-podologues doivent reconnaître le besoin d'aménager efficacement leur charge de travail, et comprendre l'importance de maintenir leur bonne santé. Ils doivent maintenir un espace de travail sécurisé, employer des stratégies de gestion et réduction des risques, le tout avec équipement de protection adapté.

6.1.2. Le cadre de santé et de bien-être du NHS

Le *National Health Service* (NHS) a un [programme santé et bien-être](#) depuis 2018. Pour cela, il a mis à disposition une boîte à outils destinée à développer une culture du changement dans les organisations en vue d'une meilleure prise en compte de ce sujet et du développement d'actions d'amélioration.

Modèle de santé et de bien-être du NHS fondé sur sept éléments :

- améliorer la santé et le bien-être personnel ;
- accompagnement au bien-être de la profession ;
- informations sur les données ;
- environnement ;
- managers et dirigeants ;
- épanouissement au travail ;
- relations.

Quatre guides sont disponibles :

- le document d'aperçu stratégique (présentation ; explication de la santé et du bien-être ; arguments en faveur d'une culture positive de la santé et du bien-être ; ressources en matière de santé et de bien-être) ;
- l'outil de diagnostic organisationnel (outils Excel d'auto-évaluation ; comprendre les besoins) ;
- les éléments de santé et de bien-être (pour planifier en prenant en compte les définitions des sept éléments du modèle de santé et de bien-être du NHS, ainsi que des preuves et des justifications du changement, des questions critiques et des considérations à appliquer au contexte organisationnel et à la diversité des personnes) ;

- le guide de mise en œuvre (pour évaluer les besoins de votre organisation en matière de santé et de bien-être ; faire une analyse de rentabilisation pour le changement ; faire un plan d'action ; faire la communication et l'engagement).

Par ailleurs, le NHS a une assistance dédiée aux professionnels employés par le NHS, avec mise à disposition d'un chat, d'une ligne de soutien émotionnel accessible de 7 h à 23 h tous les jours, une plateforme de ressources.

Des soutiens complémentaires ont été proposés par le ministère de la Santé (*Department of Health and Social Care*) pour la période de pandémie avec le développement d'informations et de ressources pour la santé et le bien-être du personnel de santé.

6.2. Canada

Le Québec a développé un [programme d'aide aux médecins du Québec](#). Il s'agit d'un service d'écoute et d'accompagnement par des pairs, dans un espace dédié, gratuit. L'objectif est :

- aider les médecins à mieux gérer leurs exigences professionnelles et personnelles ;
- agir en amont, avant la perte de capacités fonctionnelles ;
- développer de meilleures stratégies de résilience dans une perspective de pratique durable ;
- outiller et soutenir les personnes qui sont aux prises avec des problèmes plus complexes ;
- évaluer les possibilités qui s'offrent à un médecin souhaitant réorienter sa pratique ;
- améliorer la qualité des soins aux patients en aidant les médecins à retrouver la santé et à optimiser leur fonctionnement professionnel.

Ce programme fonctionne avec des médecins-conseils qui peuvent orienter vers :

- psychologue, psychiatre, ergothérapeute ;
- conseiller financier, médiateur, avocat.

Il comporte une mise à disposition d'outils et de ressources (vidéos, fiches conseils, consultations...) afin de savoir repérer et soutenir un collègue soumis à un stress professionnel ou personnel pour l'accompagner vers une aide (psychologique ou autres) ; pour prévenir l'épuisement des équipes, l'approche reconnue consiste à soutenir la résilience des individus, tout en améliorant l'efficacité de leurs pratiques, et à créer une culture de bien-être au travail ; la résilience (capacité à surmonter les chocs traumatiques) permet de faire face à certaines situations difficiles mais ne doit en aucun cas viser à rendre tolérables des situations toxiques ; pour prévenir l'épuisement, une équipe peut adopter une démarche participative en abordant les principaux facteurs de risque.

Exemples d'outils mis à disposition :

- Prendre ses signes vitaux psychologiques (232) ;
- Auto-évaluation de sa détresse en situation de stress aigu (233) ;
- [S'occuper de ses réactions de stress](#) ;
- Approcher un collègue en difficulté. Pour... quoi faire ? ;
- [Trousse pour soutenir un collègue en difficulté](#) ;
- Un médecin de chaque côté du bureau. À chacun son défi ! ;
- La santé psychologique des médecins. Vers un entraînement fructueux ;
- Prévenir l'épuisement de nos équipes. Ça vaut le coût !.

6.3. Belgique

Différentes actions pour la prise en compte de la santé mentale des professionnels de santé ont été identifiées. Notamment, le projet « [Santé et médecins](#) » financé par l'INAMI dans le cadre de l'accord national médico-mutualiste (décembre 2019) via une convention avec deux associations, *Médecins en difficulté* et *Doctors4Doctors*. Les missions sont de :

- développer une stratégie pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des médecins, en vue d'assurer une pratique professionnelle et des prestations de santé de qualité pour les patients ;
- organiser la coordination des initiatives développées en la matière ;
- offrir le soutien nécessaire aux actions concrètes qui sont organisées dans le cadre d'un programme annuel.

Le programme annuel de « Santé et médecins »

Ce programme intervient dans 3 domaines

Le bien-être du médecin

Organiser 8 webinaires

Développer l'indice de bien-être

Le médecin en tant que collègue

Soutenir l'engagement et former des co-médecins au sein des cercles de médecine générale et des hôpitaux

Développer un système de *mentoring*

Examen par les pairs en ligne, avec supervision et intervision

La formulation de demandes d'aide concrètes de la part du médecin

Étendre la fonction d'*intake*

Créer et soutenir un réseau d'équipes centrales sur l'ensemble du territoire

Une évaluation de ce dispositif est en cours (2021) et l'objectif reste d'étendre ces initiatives à d'autres professions de santé

Doctors4Doctors est une organisation sans but lucratif, qui propose via son site internet un espace pour contacter un médecin en toute confidentialité et pouvoir ensuite être guidé. D4D a mis en place un réseau de co-doctors (médecins formés à la prise en charge de collègues. L'organisation crée aussi des espaces d'échanges (journées d'étude, webinaires, groupes de parole entre pairs, mentorats par un professionnel plus expérimenté).

Médecins en difficulté est un organisme indépendant qui se concentre sur les problèmes psychosociaux rencontrés par les médecins (épuisement professionnel, dépression, culpabilité de l'échec, assuétude, comportement suicidaire...). Il se définit comme un centre de connaissances et un point de contact central. Il propose une plateforme téléphonique accessible en journée, en semaine et organise régulièrement de nombreux webinaires pour former les professionnels dans la prise en compte de leurs propres maux.

Table des annexes

Annexe 1. Proposition de fiches ressources pour l'axe 1 « **actualiser les connaissances et les compétences** »

Annexe 2. Proposition de fiches ressources pour l'axe 2 « **renforcer la qualité des pratiques professionnelles** »

Annexe 3. Proposition de fiches ressources pour l'axe 3 « **améliorer la relation avec les patients** »

Annexe 4. Proposition de fiches ressources pour l'axe 4 « **mieux prendre en compte la santé personnelle** »

Annexe 1. Proposition de fiches ressources pour l'axe 1 « actualiser les connaissances et les compétences »

	Méthode ou outils (dont ceux identifiés par un * ayant une fiche HAS proposée pour le DPC et identifiés par un ** pour ceux valorisables pour plusieurs axes pour le DPC)
Pédagogique ou cognitive	
En groupe	<p>Formation présentielle* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807852/fr/formation-presentielle</p> <p>Réunion de revue bibliographique ou journal club* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806897/fr/reunion-de-revue-bibliographique-ou-journal-club</p> <p>Simulation en santé** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante</p> <p>Exercice coordonné et protocolé d'une équipe de soins en ambulatoire https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811649/fr/exercice-coordonne-et-protocole-d-une-equipe-de-soins-en-ambulatoire</p> <p>Test de concordance de script (TCS)** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807650/fr/test-de-concordance-de-script-tcs</p> <p>Vignettes cliniques* https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201597/fr/methode-de-dpc-vignettes-cliniques?preview=true</p> <p>Gestion des risques en équipe** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807722/fr/gestion-des-risque-en-equipe</p>
Individuel	<p>Formation en ligne ou e-learning* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807825/fr/formation-en-ligne-ou-e-learning</p> <p>Formations diplômantes ou certifiantes liste methodes modalites dpc decembre 2012.pdf (has-sante.fr)</p>
Enseignement et recherche	<p>L'encadrement de stages ; la maîtrise de stage/le tutorat** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811684/fr/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat</p> <p>Enseignement et recherche liste methodes modalites dpc decembre 2012.pdf (has-sante.fr)</p>
Dispositifs spécifiques de validation du DPC	<p>Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004)** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807696/fr/accréditation-des-medecins-et-des-equipes-medicales</p>

Annexe 2. Proposition de fiches ressources pour l'axe 2 « renforcer la qualité des pratiques professionnelles »

	Méthode ou outils (dont ceux proposés pour le DPC identifiés par un * et valorisables pour plusieurs axes pour le DPC **)
Critères de qualité	<p>Élaborer et mettre en œuvre des critères de qualité (guide méthodologique ; fiche méthode ; format deux clics) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/critere_de_qualite_format2clics.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/mise_en_oeuvre_de_criteres_de_qualite.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/criteres_de_qualite_-_guide_delaboration_et_de_mise_en_oeuvre_de_criteres_de_qualite.pdf</p> <p>Critères de qualité – Analyse individuelle des pratiques https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1651778</p> <p>Critères de qualité – Analyse de groupe https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1651779</p> <p>Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. HAS/ANAES, 2000 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/methodes_et_outils_des_demarches_qualite_pour_les_etablissements_de_sante.pdf</p>
Gestion des risques	<p>Gestion des risques en équipe** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807722/fr/gestion-des-risque-en-equipe</p> <p>Revue de mortalité et de morbidité (RMM)** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807103/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm</p> <p>RMM en médecine générale https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf</p> <p>Questionnaire de perception des risques pour les médecins généralistes https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2589142</p>
Revue de dossiers et analyse de cas	<p>Exercice coordonné et protocolé d'une équipe de soins en ambulatoire** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811649/fr/exercice-coordonne-et-protocole-d-une-equipe-de-soins-en-ambulatoire</p> <p>Réunions de concertation pluridisciplinaire* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire</p> <p>Revue de pertinence des soins* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins</p> <p>Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/fr/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques-gap</p> <p>Vignettes cliniques* https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201597/fr/methode-de-dpc-vignettes-cliniques?preview=true</p> <p>Registre des pratiques, observatoire, base de données** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807860/fr/registre-des-pratiques-observatoire-base-de-donnees</p>
Simulation	<p>Simulation en santé** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante</p> <p>Test de concordance de script (TCS)** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807650/fr/test-de-concordance-de-script-tcs</p>

Sécurité du patient	Guides et outils HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_821871/fr/securete-du-patient-guides-et-outils
Indicateurs	Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807642/fr/suivi-d-indicateurs-de-qualite-et-de-securete-des-soins Audit clinique* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807705/fr/audit-clinique
Analyse des parcours de soins ; coordination des soins	Chemin clinique* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/fr/chemin-clinique Patient traceur* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803/fr/patient-traceur Patient traceur en ville https://www.has-sante.fr/jcms/c_2614161/fr/le-patient-traceur-en-ville Méthode de l'accompagné traceur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/infographie-accompagne_traceur.pdf Méthode du traceur ciblé https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/infographies_methode_traceur_cible_certification.pdf Matrice de maturité en soins primaires https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires Protocole de coopération entre professionnels de santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours Construire, organiser les parcours. Guides parcours HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_1647022/fr/construire-organiser-les-parcours/ma-sante-2022
Dispositifs spécifiques	Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004)** https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807696/fr/accreditation-des-medecins-et-des-equipes-medicales Protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_doc_aide_professionnels_de_sante.pdf Accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/biologie-medicale/article/procedure-d-accreditation-des-laboratoires-de-biologie-medicale Certification des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et/ou de tissus https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/fiche_dpc_abm_130215.pdf La pratique avancée pour les auxiliaires médicaux https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee Référentiel d'évaluation des centres de référence maladies rares (CRMR) PNMR 2011-2014 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/20080718_referentiel_evaluation_cm_r_2008-07-21_11-25-6_521.pdf

	<p>Démarche qualité des réseaux de santé (guide ; suivi des indicateurs ; grille d'auto-évaluation) revue en 2001 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reseauxsoins.pdf, et 2004 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf) ; https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040388/fr/tableau-de-bord-des-indicateurs-de-suivi-des-reseaux-de-sante https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033079/fr/grille-d-auto-evaluation-des-reseaux-de-sante</p>
Éducation thérapeutique	<p>Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf</p>
Recommandations de bonnes pratiques	<p>Publications HAS https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875208/fr/rechercher-une-recommandation-un-avis</p> <p>Documents de référence des professions ou spécialités</p> <p>Recommandations ou consensus internationaux</p>
Démarche qualité engagée par les professions	<p>Charte d'engagement qualité pour la pratique dentaire en centre de santé https://www.fnccs.org/sites/default/files/pdf/FNCCS_-_Charte_engagement_qualite_pratique_dentaire_en_cds_AG_23.09.2017.pdf</p> <p>Charte Quali'idel des infirmières en libéral https://qualidel.fr/</p> <p>Engagement de service KinéQuali https://certification.afnor.org/services/engagement-de-service-kinequali</p> <p>Charte Quali'Kiné https://qualikine.fr/</p> <p>Référentiel qualité LABELIX https://labelix.fr/</p> <p>La démarche qualité des pédicures-podologues https://www.onpp.fr/exercice/faire-evoluer-son-metier/la-demarche-qualite.html</p> <p>Démarche qualité officine https://www.demarchequalityofficine.fr/</p>
Analyse de parcours professionnel	<p>Bilan de compétences* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811610/fr/bilan-de-competences</p>

Annexe 3. Proposition de fiches ressources pour l'axe 3 « améliorer la relation avec les patients »

	Méthode ou outils
Droits des usagers	<p>Faire connaître et vivre les droits des usagers de la santé https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/article/le-droit-des-usagers-faire-connaître-et-vivre-les-droits-des-usagers-de-la</p> <p>Les bonnes pratiques en région "Label et Concours" https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/</p>
Bientraitance	<p>Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et en EHPAD https://www.has-sante.fr/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance</p>
Communiquer/informer	<p>Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux méthode recommandations pour la pratique clinique https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf</p> <p>Annnonce d'un dommage associé aux soins https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins</p> <p>Annnonce d'une mauvaise nouvelle https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle</p> <p>Annnonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique</p> <p>Dispositif d'annonce du diagnostic d'un cancer https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce</p> <p>Briefing débriefing https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing</p> <p>FAIRE DIRE – Communiquer avec son patient https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire</p> <p>Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi</p> <p>Décision médicale partagée : patient et professionnels de santé : décider ensemble (guide ; synthèse) https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf</p> <p>SAED « Situation-Antécédents-Évaluation-Demande » https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante</p> <p>SAMU. Et si chacun jouait sa partition https://www.has-sante.fr/jcms/p_3311271/fr/flash-securite-patient-samu-et-si-chacun-jouait-sa-partition</p> <p>SAMU. Et si coordonner rimait avec communiquer https://www.has-sante.fr/jcms/p_3291312/fr/flash-securite-patient-samu-et-si-coordonner-rimait-avec-communiquer</p>
Éducation thérapeutique	<p>Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf</p>

Mesurer la satisfaction des patients

Qualité des soins perçue par le patient. Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277049/fr/qualite-des-soins-percue-par-le-patient-indicateurs-proms-et-prems-panorama-d-experiences-etrangees-et-principaux-enseignements#:~:text=Le%20rapport%20%C2%AB%20Qualit%C3%A9%20des%20soins,soins%20per%C3%A7ues%20par%20les%20patients

Guide général d'aide à l'utilisation des PROMs

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/iqss_guide_proms_general_2021.pdf

Guide spécifique BPCO. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/iqss_guide_proms_specifiques_bpc_2021.pdf

Guide spécifique SCC. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de syndrome coronarien chronique

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/iqss_2021_guide_proms_specifiques_scc.pdf

Guide spécifique IR. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante dans la prise en charge de la maladie rénale chronique

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_guide_proms_mrc_avril_2022.pdf

Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/iqss_guide_proms_general_2021.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss_2019_aide_utilisation_proms_edc.pdf

Patient-Reported Experience Measures (PREMs)

Dispositif e-Satis : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/ipaqss-2015-indicateur-e-satis-dispositif-national-de-mesure-de-la-satisfaction-du-patient-hospitalise-48h-en-mco

Questionnaire IPEP : expérience patient dans le cadre d'une prise en charge partagée

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_cahier_des_charges-2.pdf

e-santé (télémédecine ; télésoin ; santé mobile)	<p>e-santé https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf</p> <p>Télésurveillance médicale. Référentiels des fonctions et organisations des soins https://www.has-sante.fr/jcms/p_3311071/fr/telesurveillance-medicale-referentiels-des-fonctions-et-organisations-des-soins</p> <p>Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques</p> <p>Téléimagerie. Guide de bonnes pratiques https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971634/fr/teleimagerie-guide-de-bonnes-pratiques</p> <p>Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf</p> <p>Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. HAS, mai 2019. Méthode du patient traceur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/grille_devaluation_methode_du_patient_traceur_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf</p> <p>Qualité et sécurité du télésoin https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240878/fr/qualite-et-securite-du-telesoin-criteres-d-eligibilite-et-bonnes-pratiques-pour-la-mise-en-oeuvre https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/fiche_telesoin_bonnes_pratiques_2021-03-12_11-33-56_248.pdf</p>
Questionnaire d'évaluation de la relation patient	<p>PSQ Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD), le F-PMH/PSQ MD. Loblaw <i>et al.</i> (1999) Development and testing of a visit-specific patient satisfaction questionnaire: the Princess Margaret Hospital Satisfaction With Doctor Questionnaire - PubMed (nih.gov) Comprend 29 éléments avec quatre catégories de réponses et une catégorie « ne s'applique pas », et explore quatre domaines : l'échange d'informations, les compétences interpersonnelles, l'empathie et la qualité du temps Traduite en français, mais soumise au droit de copyright (Barlési <i>et al.</i> (2006))</p> <p>Interprofessional Education Collaborative Competency Self Assessment Tool https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2016.1249789?journalCode=ijic20 Fondé sur la version 2011 des Compétences de base pour la pratique collaborative interprofessionnelle (IPEC) (93), il comprend dans sa version initiale 42 items. NON traduit en français</p> <p>The insightful practice. Murphy <i>et al.</i> (2012 ; 2015) Insightful practice: a reliable measure for medical revalidation BMJ Quality & Safety Intègre deux types de données rétrospectives : données spécifiques collectées par les médecins généralistes eux-mêmes et données recueillies à l'extérieur NON traduite en français</p> <p>CFEP 360. Client Focused Evaluation Program. Campbell <i>et al.</i> (2010) Multi-Source Feedback 360 Feedback CFEP Surveys Questionnaire multisource (collègues – de la même profession et des autres professions – et patients) construit à partir d'un questionnaire auprès de collègues (<i>Colleague Feedback Evaluation Tool</i> – CFET) et d'un questionnaire auprès de patients (<i>Doctor's Interpersonal Skills Questionnaire</i> – SQIL) NON traduit en français</p>

Annexe 4. Proposition de fiches ressources pour l'axe 4 « mieux prendre en compte la santé personnelle »

	Méthode ou outils
Repérer	Repérage et prise en charge de syndrome d'épuisement des professionnels https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
Questionnaire d'évaluation état de santé	<p>Karasek Job Content Questionnaire. Karasek <i>et al.</i> (1998) 413_428.pdf (inist.fr) 29 questions permettant d'évaluer les différentes sources de contraintes mentales Traduit en français : http://rsmv.fr/content/karasek-questionnaire-2_contenus1402997546.pdf</p> <p>The Nordic Musculoskeletal Questionnaire. Kuorinka <i>et al.</i> (1987) Questionnaire en 30 items portant sur les membres supérieurs et inférieurs et le tronc Traduit et adapté en français par Forcier <i>et al.</i> : Questionnaire sur la santé musculo-squelettique des travailleurs</p> <p>Perceived Stress Scale PSS. Cohen <i>et al.</i> (1994) 10 items (avec 5 propositions de réponse cotées de 1 à 5) permettant de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles Traduite en français (Lesage <i>et al.</i>, 2012) : Échelle de mesure du stress perçu</p> <p>Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Montgomery <i>et al.</i> (1979) L'échelle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide. Elle comporte 10 items cotés de 0 à 6 Traduite en français par Lemperière <i>et al.</i> : ÉCHELLE DE DÉPRESSION. MADRS</p> <p>Questionnaire Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT). Pellet, 1997 14 questions évaluant les perceptions au cours de l'exercice professionnel Traduit en français (Niedhammer <i>et al.</i>, 2006) : Leymann Inventory of Psychological Terror Version française</p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale. Zigmond <i>et al.</i> (1983) Permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3 Traduite en français (Lépine <i>et al.</i>, 1994) : Échelle HAD</p> <p>Maslach Burnout Inventory (MBI test). Maslach <i>et al.</i> (1981) Le test se décompose en 22 questions représentant des sentiments (ou des idées, des impressions mêmes du travail, fatigue chronique, troubles du sommeil, troubles physiques). Il permet d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais il n'a pas été construit comme un instrument d'évaluation individuelle. Il peut être éventuellement utilisé comme outil pour guider un entretien avec le patient (fiche mémo burnout.pdf (has-sante.fr)) Traduit en français (Faye-Dumanget <i>et al.</i>, 2017) : http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2016/09/Test-dlInventaire-de-Burnout-de-Maslach-MBI-1.pdf</p>
Avoir son médecin	Dis doc, t'as ton doc ? https://prevention-soignant.fr/wp-content/uploads/2019/07/fichecfarconduiteatenirfaceauncollegeauxpropossuicidaires-cfar.pdf
Centres ressources	Programme aide solidarité soignants : 0800 288 038 , numéro national d'aide aux soignants Associations d'aide <ul style="list-style-type: none"> – ASRA, réseau d'Aide aux soignants de Rhône-Alpes https://reseau-asra.fr/ – MOTS, Organisation du travail et santé du médecin https://www.association-mots.org/ – ARENE, Association régionale d'entraide du Nord-Est https://conseil57.ordre.medecin.fr/content/arene-association-regionale-dentraide-du-nord-est-0 – ASSPC, Association santé des soignants en Poitou-Charentes https://associationsantedessoignantspc.jimdofree.com/ – ERMB, Entraide régionale des médecins de Bretagne (au CROM de Bretagne)

- APSS, Association pour les soins aux soignants <https://www.asso-sps.fr/>
- AAPMS (Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants) ex-AAPML <http://www.aapml.fr/>
- *Mood Up* ARA et le site prévention-soignant <https://prevention-soignant.fr/>

Se former

MOOC gratuits : <https://prevention-soignant.fr/formations/>

SOIGNER LES SOIGNANTS Prendre soin de soi, de ses confrères, ça se travaille <http://www.diu-soignerlessoignants.fr/>

Recherche documentaire

Une veille bibliographique a été maintenue sur le sujet jusqu'en juin 2022.

Bases de données bibliographiques automatisées

La recherche de littérature française a été conduite dans les bases de données Science Direct et Lissa.

La recherche de littérature internationale a été conduite dans les bases de données *Medline (National Library of Medicine, États-Unis)* et *Eric database*

Tableau. Stratégie de recherche documentaire littérature internationale

Type d'étude/sujet/termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Revue de littérature internationale		
<p>"Clinical Competence"[MeSH Terms] OR "Professional Competence"[MeSH Terms] OR "fitness to practise"[Title] OR "fitness to practice"[Title] OR OR "fitness for practise"[Title] OR "fitness for practice"[Title] OR self-evaluation[title] OR "Self-Evaluation Programs"[Mesh] OR "Self-Assessment"[Mesh] OR "education, professional"[MeSH Terms] OR "continuing professional development"[Title] OR "cpd"[Title] OR "Research"[MeSH Terms] OR research[title] OR "Evidence-Based Nursing"[MeSH Terms] OR "Evidence-Based Practice"[MeSH Terms] OR "Evidence-Based Dentistry"[MeSH Terms] OR "Evidence-Based Pharmacy Practice"[MeSH Terms] OR "reading"[MeSH Terms] OR reading[title] OR "Mentors"[Mesh]</p> <p>AND</p> <p>"Dentists"[MeSH Terms] OR "Physical Therapists"[MeSH Terms] OR "Surgeons"[MeSH Terms] OR "Orthopedic Surgeons"[MeSH Terms] OR "Oral and Maxillofacial Surgeons"[MeSH Terms] OR "Neurosurgeons"[MeSH Terms] OR "Physicians"[MeSH Terms] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR "Pharmacists"[MeSH Terms] OR "Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR "dentistr*"[Title] OR "podiatr*"[Title] OR "surgeon*"[Title] OR "midwife*"[Title] OR "midwives"[Title] OR "physician*"[Title] OR "general practic*"[Title] OR "physiotherapist*"[Title] OR "physiotherapy"[Title] OR "pharmacist"[Title] OR "pharmacy"[Title] OR "doctor*"[Title] OR "general medicine"[title]</p> <p>AND</p> <p>"recertification"[Title/Abstract] OR "re-certification"[Title/Abstract] OR "maintenance of certification"[Title/Abstract] OR "revalidation"[Title/Abstract] OR "relicensing"[Title/Abstract] Or "Certification"[MeSH Terms]</p>	01/2010-03/2022	265
Qualité des pratiques		

<p>"quality assurance, health care"[MeSH Terms] OR "Clinical Audit"[MeSH Terms] OR "Quality of Health Care"[MeSH Terms] OR "Quality Improvement"[MeSH Terms] OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "quality improvement"[Title] OR "patient safety"[Title] OR "quality of health care"[Title]</p> <p>"certification"[MeSH Terms] OR re-certification[title] Or recertification[title] OR revalidation[title] OR maintenance of certification [title]</p>	01/2010-03/2022	46
Relation avec le patient	01/2010-03/2022	86
<p>"recertification"[Title/Abstract] OR "re-certification"[Title/Abstract] OR "maintenance of certification"[Title/Abstract] OR "revalidation"[Title/Abstract] OR "relicensing"[Title/Abstract] Or "Certification"[MeSH Terms]</p> <p>AND</p> <p>"Physician-Patient Relations"[MeSH Terms] OR "Professional-Patient Relations"[MeSH Terms] OR "Patient-Centered Care"[MeSH Terms] OR "Communication"[MeSH Terms] OR "Empathy"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[MeSH Terms] OR "Professional-Family Relations"[MeSH Terms] OR "Dentist-Patient Relations"[MeSH Terms] OR "patient satisfaction"[MeSH Terms] OR "Ethics"[MeSH Major Topic:noexp]</p> <p>"communication skills"[Title/Abstract] OR "patient relationship"[Title/Abstract] OR "patient centered"[Title/Abstract] OR "expert patient"[Title/Abstract] OR "patient relation*"[Title/Abstract] OR "patient satisfaction"[Title/Abstract]</p> <p>AND</p> <p>"Dentists"[MeSH Terms] OR "Physical Therapists"[MeSH Terms] OR "Surgeons"[MeSH Terms] OR "Orthopedic Surgeons"[MeSH Terms] OR "Oral and Maxillofacial Surgeons"[MeSH Terms] OR "Neurosurgeons"[MeSH Terms] OR "Physicians"[MeSH Terms] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR "Pharmacists"[MeSH Terms] OR "Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR "dentistr*"[Title] OR "podiatr*"[Title] OR "surgeon*"[Title] OR "midwife*"[Title] OR "midwives"[Title] OR "physician*"[Title] OR "general practic*"[Title] OR "physiotherapist*"[Title] OR "physiotherapy"[Title] OR "pharmacist"[Title] OR "pharmacy"[Title] OR "doctor*"[Title]</p>		
Santé des professionnels/Méta-analyses, revues systématiques		

<p>"Dentists"[MeSH Terms] OR "Physical Therapists"[MeSH Terms] OR "Surgeons"[MeSH Terms] OR "Orthopedic Surgeons"[MeSH Terms] OR "Oral and Maxillofacial Surgeons"[MeSH Terms] OR "Neurosurgeons"[MeSH Terms] OR "Physicians"[MeSH Terms] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR "Pharmacists"[MeSH Terms] OR "Midwifery"[MeSH Terms] OR "Nurse Midwives"[MeSH Terms] OR "dentistr*"[Title] OR "podiatr*"[Title] OR "surgeon*"[Title] OR "midwife*"[Title] OR "midwives"[Title] OR "physician*"[Title] OR "general practic*"[Title] OR "physiotherapist*"[Title] OR "physiotherapy"[Title] OR "pharmacist"[Title] OR "pharmacy"[Title] OR "doctor*"[Title]</p> <p>AND</p> <p>"Health Status"[MeSH Terms] OR "Professional Impairment"[MeSH Terms] OR "burnout, professional"[MeSH Major Topic] OR "wellness"[Title] OR "Health Status"[Title] OR burnout[title] OR impairment[title]</p> <p>AND</p> <p>"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR Meta Analysis OR systematic Review [title]</p>	01/2010-03/2022	15
---	-----------------	----

Les sites internet internationaux des sociétés pertinentes cités ci-dessous ont été explorés

Sites étrangers : liens des sites consultés (janvier à mai 2022)

Profession	Système au Royaume-Uni
Toutes spécialités médicales et chirurgicales	NHS https://www.england.nhs.uk/professional-standards/medical-revalidation/doctors/10-steps/ Academy of Medical Royal Colleges https://www.aomrc.org.uk/revalidation-cpd/
Médecins chirurgiens	General Medical Council https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation Royal College of Physicians https://www.rcplondon.ac.uk/education-practice/assessment-and-cpd
Anesthésistes	Royal College of Anaesthetists http://www.rcoa.ac.uk/training-careers/lifelong-learning
Anatomo-pathologistes	Royal College of Pathologists https://www.rcpath.org/profession/continuing-professional-development-cpd.html https://www.rcpath.org/profession/appraisal-and-revalidation.html
Chirurgiens	Royal College of Surgeons of England https://www.rcsed.ac.uk/professional-support-development-resources/career-support/revalidation/revalidation-guidance-and-checklist-for-surgeons
Gynéco-obstétriciens	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists https://www.rcog.org.uk/careers-and-training/cpd-revalidation/the-cpd-framework/
Médecins généralistes	Royal College of General Practitioners https://www.rcgp.org.uk/training-exams/practice/revalidation/guide-to-supporting-information-for-appraisal-and-revalidation.aspx NICE https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/generalpractice
Médecins urgentistes	Royal College of Emergency Medicine https://rcem.ac.uk/revalidation/ https://rcem.ac.uk/continuous-professional-development/

Médecins de soins intensifs	<i>Faculty of Intensive Care Medicine</i> http://www.ficm.ac.uk/standardssafetyguidelinesclinicalquality/revalidation-and-cpd
Médecins du travail	<i>Faculty of Occupational Medicine of the Royal College of Physicians</i> https://www.fom.ac.uk/revalidation-cpd-2
Ophthalmologistes	<i>Royal College of Ophthalmologists</i> https://www.rcophth.ac.uk/events-courses/rcophth-education/professional-development/ https://www.rcophth.ac.uk/events-courses/rcophth-education/professional-development/appraisal-and-revalidation/
Pédiatres	<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i> https://www.rcpch.ac.uk/education-careers/continuing-professional-development
Psychiatres	<i>Royal College of Psychiatrists</i> https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes
Radiologues	<i>Royal College of Radiologists</i> https://www.rcr.ac.uk/college/cpd-revalidation
Santé publique	<i>Faculty of Public Health</i> https://www.fph.org.uk/professional-development/cpd/ https://www.fph.org.uk/professional-development/revalidation/
Chirurgiens-dentistes	<i>General Dental Council</i> https://www.gdc-uk.org/education-cpd/cpd <i>Faculty of Dental Surgery</i> https://www.rcseng.ac.uk/education-and-exams/accreditation/
Pharmaciens	<i>General Pharmaceutical Council</i> https://www.pharmacyregulation.org/revalidation <i>Royal Pharmaceutical Society of Great Britain</i> https://www.rpharms.com/development/revalidation-and-cpd-for-pharmacists
Infirmiers Sages-femmes	<i>Nursing and Midwifery Council (NMC)</i> https://www.nmc.org.uk/revalidation/ <i>Royal College of Nursing</i> https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/Revalidation
Kinésithérapeutes Podologues	<i>Health and Care Profession Council (HCPC)</i> https://www.hcpc-uk.org/cpd/

Profession	Système au Canada
Chirurgiens-dentistes	Québec : http://www.odq.qc.ca/Dentistes/Formationcontinue/tabid/941/language/fr-CA/Default.aspx Ontario : https://www.rcdso.org/en-ca/home Colombie-Britannique : https://www.cdsbc.org/
Infirmiers	Québec : Centre d'innovation en formation infirmière Ontario : https://www.cno.org/fr/bienvenue/ Colombie-Britannique : https://www.bccnm.ca/Pages/Default.aspx
Kinésithérapeutes	Québec : https://oppq.qc.ca/ Ontario : https://www.collegept.org/ Colombie-Britannique : https://cptbc.org/
Médecins chirurgiens	https://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/maintenance-of-certification-program-f https://www.cfpc.ca/en/about-us/about-cfpc Québec : http://www.cmq.org/hub/fr/develop-prof-continu.aspx Ontario : https://www.cpsso.on.ca/en Colombie-Britannique : https://www.cpsbc.ca/
Pharmaciens	Québec : http://www.odq.qc.ca/Dentistes/Formationcontinue/tabid/941/language/fr-CA/Default.aspx Ontario : https://www.ocpinfo.com/ Colombie-Britannique : https://www.bcpharmacists.org/
Podologues	Québec : https://www.ordredespodiatres.qc.ca/ Ontario : https://coccoo.on.ca/ Colombie-Britannique : https://www.cpsbc.ca/
Sages-femmes	Québec : https://www.osfq.org/fr/ordre/comite-de-la-formation-continue Ontario : https://www.cmo.on.ca Colombie-Britannique : https://www.bccnm.ca/Pages/Default.aspx

Profession	Système en Australie
-------------------	-----------------------------

Chirurgiens-dentistes	<i>Dental Board</i> https://www.dentalboard.gov.au/Registration-Standards.aspx
Infirmiers	<i>Nursing and Wifery Board</i> https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/
Kinésithérapeutes	<i>Physiotherapy Board</i> https://www.physiotherapyboard.gov.au/Registration-Standards.aspx
Médecins chirurgiens	<i>Medical Board</i> https://www.medicalboard.gov.au/Registration-Standards.aspx https://www.medicalboard.gov.au/Professional-Performance-Framework.aspx https://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies.aspx <i>Australian Family Physician</i> https://www.racgp.org.au/afp/home
Pharmaciens	<i>Pharmacy Board</i> https://www.pharmacyboard.gov.au/
Podologues	<i>Podiatry Board</i> https://www.podiatry.org.au/
Sages-femmes	<i>Nursing and Wifery Board</i> https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/ <i>Australian College of Midwives</i> https://www.health.gov.au/contacts/australian-college-of-midwives

Profession	Système en Nouvelle-Zélande
Chirurgiens-dentistes	<i>Dental Council</i> https://www.dcnz.org.nz/
Infirmiers	<i>Nursing Council</i> https://www.nursingcouncil.org.nz/
Kinésithérapeutes	<i>Physiotherapy Board</i> https://www.physioboard.org.nz/i-am-registered/recertification-audit
Médecins chirurgiens	<i>Medical Council</i> https://www.mcnz.org.nz/
Pharmaciens	<i>Pharmacy Council</i> https://pharmacycouncil.org.nz/
Podologues	<i>Podiatrist</i> https://www.podnz.org/
Sages-femmes	<i>Midwifery Council</i> https://www.midwiferycouncil.health.nz/ https://www.midwife.org.nz/

Profession	Système aux États-Unis
Chirurgiens-dentistes	<i>American Dental Association</i> https://www.ada.org/ <i>American Board of General Dentistry</i> https://americanboardofgeneraldentistry.org/
Infirmiers	<i>National Council of State Boards of Nursing</i> https://www.ncsbn.org/index.htm
Kinésithérapeutes	<i>American Physical Therapy Association</i> https://www.apta.org/
Médecins chirurgiens	<i>Federation of State Medical Board</i> http://www.fsmb.org/ <i>American Board of medical Specialties</i> https://www.abms.org/ https://www.absurgery.org/
Pharmaciens	<i>National Association of Boards of Pharmacy</i> https://nabp.pharmacy/
Podologues	<i>American Board Podiatric Medicine</i> https://abpmed.org/
Sages-femmes	<i>American Midwifery Certification Board</i> https://www.amcbmidwife.org/

Autres sites internet français

Haute Autorité de santé
Inspection générale des affaires sociales
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
Institut national de recherche et de sécurité
Institut national d'assurance maladie-invalidité
MACSF
Ministère de la Santé et des Sports
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
Ordre des sages-femmes
Ordre national des chirurgiens-dentistes
Ordre national des infirmiers
Ordre national des médecins
Ordre national des pédicures-podologues
Ordre national des pharmaciens
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
Santé publique France
Société française de pharmacie clinique
Soins aux professionnels de santé

Autres sites internet étrangers

Ministerio de sanidad Sdeds
Direccion general de ordenacion profesional
Norwegian Medical Association
Nursing and Midwifery Board of Ireland
Royal College of Physicians of Ireland

Regulated Professions Database

Syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique
The European Observatory on Health Systems and Policies
World Physiotherapy (WCPT)
World Health Organization

Références bibliographiques

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/methodes_et_outils_des_demarches_qualite_pour_les_etablissements_de_sante.pdf

2. Haute Autorité de Santé. Exigences communes à toutes les productions de la HAS. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/methodes_has_exigences_communes.pdf

3. France compétences. Le Répertoire national des certifications professionnelles. Vademecum. Paris: République française; 2022.

<https://www.francecompetences.fr/app/uploads/2022/07/Vad%C3%A9m%C3%A9cum-RNCP-VF-1.pdf>

4. France compétences. Préconisations relatives à l'évaluation des compétences professionnelles. Paris: République française; 2021.

<https://www.francecompetences.fr/app/uploads/2021/10/Pr%C3%A9conisations-relatives-%C3%A0->

[%C3%A9valuation-des-comp%C3%A9tences V15-10.pdf](#)

5. Academy of Medical Royal Colleges, Conference of Post-Graduate Medical Deans, General Medical Council, Medical schools Council. Academy and COPMeD reflective practice toolkit. Manchester: AoMRC; 2018.

http://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2018/08/Reflective_Practice_Toolkit_AoMRC_CoPMED_0818.pdf

6. Academy of Medical Royal Colleges, UK Conference of Postgraduate Medical Deans, General Medical Council, Medical Schools Council. The reflective practitioner. Guidance for doctors and medical students. Manchester; 2020.

https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dc11703-pol-w-the-reflective-practitioner-guidance-20210112_pdf-78479611.pdf

7. General Medical Council. Guidance for doctors : requirements for revalidation and maintaining your licence. Manchester: General Medical Council; 2019.

https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/guidance---revalidation---revalidation-guidance-for-doctors_pdf-54232703.pdf

8. Hawkins RE, Ogrinc G, Ramin SM. American Board of Medical Specialties and New Standards for Continuing Certification. JAMA 2022.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2022.6053>
9. Accreditation Council for Continuing Medical Education. CME for maintenance of certification program guide. Chicago: ACCME; 2022.
https://www.accme.org/sites/default/files/2022-03/840_CME%20for%20MOC%20Program%20Guide.pdf
10. American Board of Medical Specialties. Continuing board certification: Vision for the future commission. Final report. February 12, 2019. Chicago: ABMS; 2019.
https://www.abms.org/wp-content/uploads/2020/11/commission_final_report_20190212.pdf#:~:text=In%20early%202018%2C%20the%20Vision%20Initiative%20Planning%20Committee,representing%20patients%2C%20families%20and%20the%20public%20at%20large.
11. American Board of Medical Specialties. The recommendations of the vision initiative commission. Chicago: ABMS; 2019.
<https://www.abms.org/wp-content/uploads/2020/11/recommendations-of-the-abms-vision-initiative-commission-action-plan.pdf>
12. American Board of Medical Specialties. Longitudinal assessment balances learning and assessment [En ligne]. Chicago 2019.
<https://www.abms.org/news-events/longitudinal-assessment-balances-learning-and-assessment/>
13. American Board of Medical Specialties. Standards for continuing certification. Effective January 1, 2024. Chicago: ABMS; 2021.
<https://www.abms.org/wp-content/uploads/2021/11/ABMS-Standards-for-Continuing-Certification-20211029.pdf>
14. Johnson RL. The American Board of Pathology's 2020 Continuing Certification Program. Arch Pathol Lab Med 2021;145(9):1089-94.
<http://dx.doi.org/10.5858/arpa.2020-0385-RA>
15. Leslie LK, Olmsted MG, Turner A, Carraccio C, Dwyer A, Althouse L. MOCA-Peds: Development of a New Assessment of Medical Knowledge for Continuing Certification. Pediatrics 2018;142(6).
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2018-1428>
16. American Board of Foot and Ankle Surgery. LEAD continuous certification program manual. Time-limited certificate holders. San Francisco: ABFAS; 2021.
https://www.abfas.org/docs/default-source/lead-continuous-certification/2021-11-29_cc-program-manual-time-limited-certificate-holders.pdf?sfvrsn=62369388_2
17. American Nurses Credentialing Center. 2017 certification renewal requirements. Silver Spring: ANCC; 2016.
<https://www.nursingworld.org/~4ac164/globalassets/certification/renewals/RenewalRequirements>
18. American Academy of Nurse Practitioners Certification Board. Recertification Handbook. Austin: AANPCB; 2022.
<https://www.aanpcert.org/resource/documents/Recertification%20Handbook.pdf>
19. American Academy of Nurse Practitioners Certification Board. Continuing education log. Austin: AANPCB; 2021.
<https://www.aanpcert.org/resource/documents/CE%20Log.pdf>
20. American Nurses Credentialing Center. Certification renewal category 5: preceptorship documentation form. Silver Spring: ANCC; 2019.
<https://www.nursingworld.org/~4ad879/globalassets/certification/preceptorship-documentation-form.pdf>
21. Midwifery Council. Recertification programme 2020-2021. Wellington: Midwifery Council; 2019.
22. Physiotherapy Board of New Zealand. Recertification programme guidelines: a guide to continuing professional development for physiotherapists. Wellington: Physiotherapy Board of New Zealand; 2020.
23. Medical Board of Australia, Ahpra. Registration standard : continuing professional development. Effective from: 1 January 2023. Melbourne: Medical Board of Australia; 2022.
<https://www.ahpra.gov.au/documents/default.aspx?record=WD21%2f31046&dbid=AP&chksum=TqPI98CYQYIvPkGwiAz%2fw%3d%3d>
24. Nursing and Midwifery Board, Ahpra. Renewal of registration for nurses and midwives. Fact sheet. Melbourne: Nursing and Midwifery Board; 2022.
<https://www.ahpra.gov.au/documents/default.aspx?record=WD22%2f31735&dbid=AP&chksum=WPyaklat4byHflmsbCYtQ%3d%3d>
25. Physiotherapy Board of Australia, Ahpra. Guidelines: continuing professional development. Melbourne: Physiotherapy Board of Australia; 2015.
<https://www.physiotherapyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD15%2f18489&dbid=AP&chksum=ewqLtzOm4m%2fsRUrIGCmo1A%3d%3d>
26. Royal Australian College of General Practitioners. FAQs: new medical board of Australia (MBA) CPD registration standard [En ligne]. Melbourne: RACGP; 2022.
<https://www.racgp.org.au/education/professional-development/cpd/new-mba-cpd-registration-standard-faq>
27. Medical Board of Australia. Registration standard: continuing professional development. Melbourne: Medical Board of Australia; 2016.
<https://www.medicalboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD16%2f19473&dbid=AP&chksum=r3KA%2fZ0ECm3jZ1M7CfEMSw%3d%3d>
28. Pro-Q-Kine. La promotion de la qualité en kinésithérapie. Règlement kinésithérapeute 2022-2024. L'asbl Pro-Q-Kine. Zaventem: Pro-Q-Kine; 2022.
https://www.pgk.be/files/ugd/62c33d_7f36f23227f041cb908bdb2610eae5d4.pdf?lang=fr
29. Nursing and Midwifery Council. How to revalidate with the NMC: requirements for renewing your registration. London: NMC; 2019.
<https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/reevaluation/how-to-revalidate-booklet.pdf>

30. Podiatrists Board of New Zealand. Continuing professional development recertification policy. Wellington: Podiatrists Board of New Zealand; 2017. <https://podiatristsboard.org.nz/practitioners/cpd-requirements/>
31. Nursing and Midwifery Council. Guidance sheet :e-portfolios and revalidation. London: NMC; 2021. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/revalidation/e-portfolios-and-revalidation-guidance-sheet.pdf>
32. Nursing and Midwifery Council. Revalidation: completed forms and templates. London: NMC; 2016. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/revalidation/completed-revalidation-forms-and-templates.pdf>
33. Hameline D. L'évaluation formative dans un enseignement différencié. Revue française de pédagogie 1982;60:73-8.
34. Vial M. Nature et fonction de l'auto-évaluation dans le dispositif de formation. Revue française de pédagogie 1995;12:69-76. <http://dx.doi.org/10.3406/rfp.1995.1227>
35. Darcy M. Maintenance of certification: a primer for interventional radiologists. Journal of vascular and interventional radiology : JVIR 2006;17(11 Pt 2):S175-81. <http://dx.doi.org/10.1097/01.Rvi.0000247916.05172.2a>
36. Matillon Y. Rapport de mission : modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000226.pdf>
37. Association dentaire français, Confédération nationale des chirurgiens dentistes, Ordre national des chirurgiens dentistes, Union dentaire. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales destiné aux chirurgiens-dentistes. Paris: ASN; 2018. https://www.asn.fr/content/download/162332/pdf_file/Guide%20pratique%20professionnel%20de%20formation%20continue%20%C3%A0%20la%20radioprotection%20des%20personnes%20expos%C3%A9es%20%C3%A0%20des%20fins%20m%C3%A9dicales%20destin%C3%A9%20aux%20chirurgiens-dentistes.pdf
38. Union nationale des associations d'infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales destiné aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) concourant à des pratiques interventionnelles radioguidées au bloc opératoire. Paris: ASN; 2019. https://www.asn.fr/content/download/165853/pdf_file/Guide%20pratique%20professionnel%20de%20formation%20continue%20%C3%A0%20la%20radioprotection%20des%20personnes%20expos%C3%A9es%20%C3%A0%20des%20fins%20m%C3%A9dicales%20destin%C3%A9%20aux%20infirmiers%20de%20bloc%20op%C3%A9ratoire%20dipl%C3%B4m%C3%A9s%20d%E2%80%99%C3%89tat.pdf
39. Société française de cardiologie, Société française de cardiologie filiale de cardiologie pédiatrique et congénitale, Société française de cardiologie rythmologie stimulation cardiaque, Groupe athérome coronaire et cardiologie interventionnelle de la société française de cardiologie. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales destiné aux médecins qualifiés en cardiologie interventionnelle (chez l'adulte ou l'enfant). Paris: ASN; 2020. https://www.asn.fr/content/download/172557/pdf_file/Guide%20pratique%20destin%C3%A9%20aux%20m%C3%A9decins%20qualifi%C3%A9s%20en%20cardiologie%20interventionnelle.pdf
40. Société française de médecine nucléaire et imagerie moléculaire, Collège national de l'enseignement en biophysique et médecine nucléaire. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales destiné aux médecins nucléaires. Paris: ASN; 2019. https://www.asn.fr/content/download/164330/pdf_file/Guide%20pratique%20professionnel%20de%20formation%20continue%20%C3%A0%20la%20radioprotection%20des%20personnes%20expos%C3%A9es%20%C3%A0%20des%20fins%20m%C3%A9dicales%20destin%C3%A9%20aux%20m%C3%A9decins%20nucl%C3%A9aires.pdf
41. Société française de radiologie, Fédération nationale des médecins radiologues, Collège des enseignants en radiologie de France, Syndicat des radiologues hospitaliers. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales destiné aux médecins qualifiés en radiodiagnostic et imagerie médicale. Paris: ASN; 2018. https://www.asn.fr/content/download/162329/pdf_file/Guide%20pratique%20professionnel%20de%20formation%20continue%20%C3%A0%20la%20radioprotection%20des%20personnes%20expos%C3%A9es%20aux%20rayonnements%20ionisants%20%C3%A0%20des%20fins%20m%C3%A9dicales%20destin%C3%A9%20aux%20m%C3%A9decins%20qualifi%C3%A9s%20en%20radiodiagnostic%20et%20imagerie%20m%C3%A9dicale.pdf
42. Conseil national professionnel de rhumatologie. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales destiné aux médecins rhumatologues réalisant des pratiques interventionnelles radioguidées. Paris: ASN; 2021. https://www.asn.fr/content/download/181447/pdf_file/Guide%20pratique%20destin%C3%A9%20aux%20m%C3%A9decins%20rhumatologues%20r%C3%A9alisant%20des%20pratiques%20interventionnelles%20radioguid%C3%A9es.pdf
43. Conseil national professionnel d'anesthésie réanimation médecine péri-opératoire, Conseil national professionnel de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent, Conseil national de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie, Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique, Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales, destiné aux chirurgiens vasculaires, orthopédistes et urologues, et autres médecins/spécialistes réalisant des pratiques interventionnelles radioguidées. Paris: ASN; 2021. https://www.asn.fr/content/download/178113/pdf_file/Guide%20pratique%20destin%C3%A9%20aux%20m%C3%A9decins%20et%20sp%C3%A9cialistes%20r%C3%A9al

[isant%20des%20pratiques%20interventionnelles%20radioguid%C3%A9es.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/test_de_concordance_de_script.pdf)

44. Société française de radiopharmacie. Guide pratique professionnel de formation continue à la radioprotection des personnes exposées à des fins médicales destiné aux radiopharmaciens. Paris: ASN; 2017.

https://www.asn.fr/content/download/162638/pdf_file/Guide%20pratique%20professionnel%20de%20formation%20continue%20%C3%A0%20la%20radioprotection%20des%20personnes%20expos%C3%A9es%20%C3%A0%20des%20fins%20m%C3%A9dicales%20destin%C3%A9%20aux%20radiopharmaciens.pdf

45. Haute Autorité de Santé. Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé. Saint-Denis-La Plaine: HAS; 2015.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compences_des_professionnels.pdf

46. Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Référentiel national qualité mentionné à l'article L. 6316-3 du Code du travail. Qualiopi. Guide de lecture. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion; 2021.

<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/guide-lecture-referentiel-qualite.pdf>

47. Haute Autorité de Santé. Formation en ligne ou e-learning. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/formation_en_ligne_ou_e-learning.pdf

48. Haute Autorité de Santé. Formation présentielle. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/formation_presentielle.pdf

49. Haute Autorité de Santé. Réunion de revue bibliographique ou journal club. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_revue_bibliographique_ou_journal_club.pdf

50. Haute Autorité de Santé. L'encadrement de stages. La maîtrise de stage/le tutorat. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/encadrement_de_stage_maitrise_de_stage_tutorat.pdf

51. Haute Autorité de Santé. Simulation en santé. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/simulation_en_sante.pdf

52. Haute Autorité de Santé. Test de concordance de script (TCS). Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/test_de_concordance_de_script.pdf

53. Haute Autorité de Santé. Exercice coordonné et protocole d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/exercice_coordonne_et_protocole_dune_equipe_pluriprofessionnelle.pdf

54. Haute Autorité de Santé. Gestion des risques en équipe. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf

55. Haute Autorité de Santé. Accréditation des médecins et des équipes médicales. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/accreditation_des_medecins_fiche_technique_2013_01_31.pdf

56. Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

57. Haute Autorité de Santé. Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/radioprotection_du_patient_et_analyse_des_pratiques_dpc_et_certification_des_etablissements_de_sante_guide.pdf

58. Suomalainen K, Karaharju-Suvanto T, Bailey S, Bullock A, Cowpe J, Barnes E, *et al.* Guidelines for the organisation of continuing professional development activities for the European dentist. Eur J Dent Educ 2013;17 Suppl 1:29-37.

<http://dx.doi.org/10.1111/eje.12021>

59. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre de critères de qualité. Fiche méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/mise_en_oeuvre_de_criteres_de_qualite.pdf

60. Organisation mondiale de la santé, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multi-professionnelle. Paris: OMS; 2011.

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015->

[12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf](#)

61. Haute Autorité de Santé. Élaborer et mettre en œuvre des critères de qualité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/critere_de_qualite_format2clics.pdf

62. Haute Autorité de Santé. Chemin clinique. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

63. Haute Autorité de Santé. Patient traceur. Développement professionnel continu (DPC). Mise à jour mai 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf

64. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf

65. Haute Autorité de Santé. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP). Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf

66. Haute Autorité de Santé. Bilan de compétences. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/bilan_de_competences.pdf

67. Haute Autorité de Santé. Registre des pratiques, observatoire, base de données. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/registre_des_pratiques_observatoire_base_de_donnees.pdf

68. Haute Autorité de Santé. Revue de pertinence des soins. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue_de_pertinence_des_soins.pdf

69. Haute Autorité de Santé. Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/suivi_indicateurs_qualite_fiche_technique_2013_01_31.pdf

70. Haute Autorité de Santé. Inclusion de la méthode « Apprentissage par cas cliniques » dans la liste des méthodes de Développement professionnel continu (DPC) établie par la HAS. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/note_de_cadrage_-_methode_dpc_-_vignettes_cliniques.pdf

71. Haute Autorité de Santé. Méthode de DPC - Vignettes cliniques. Fiche. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_-_methode_dpc_-_vignettes.pdf

72. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Recommander les bonnes pratiques. Fiche. Mise à jour février 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/revue_mortalite_et_de_morbidite_rmm_fiche_technique_2013_01_31.pdf

73. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'évaluation des centres de référence maladies rares (CRM). PNMR 2011-2014. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/20080718_referentiel_evaluation_cmr_2008-07-21_11-25-6_521.pdf

74. Fédération nationale des centres de santé. Charte d'engagement qualité pour la pratique dentaire en centre de santé. Montreuil: FNCS; 2016.
https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/FNCS_-_Charte_engagement_qualite_pratique_dentaire_en_cds_AG_23.09.2017.pdf

75. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique. Mission évaluation réseaux de soin. Paris: ANAES; 2011.
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reseauxsoins.pdf>

76. Haute Autorité de Santé. Une démarche d'amélioration de la qualité. Les réseaux de santé. Evaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf

77. Haute Autorité de Santé. Tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/tableau_de_bord_des_indicateurs_de_suivi_reseaux.pdf

78. Haute Autorité de Santé. Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. Support à l'utilisation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/grille_auto_evaluation_rs_support_pdf_29_04_2015.pdf

79. Haute Autorité de Santé. Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. Guide d'utilisation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/grille_auto-évaluation_rs_guide_utilisation_29_04_2015.pdf
80. Haute Autorité de Santé. Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/grille_auto-évaluation_rs_29_04_2015.pdf
81. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires. Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf
82. Haute Autorité de Santé. Matrices de maturité en soins primaires. Note de synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf
83. Haute Autorité de Santé. Guide d'utilisation de la matrice de maturité en soins primaires. (Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_de_maturite_-_guide_utilisation.pdf
84. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires. Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. Questionnaire de satisfaction des équipes. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/rap_questionnaire.pdf
85. Ordre national des pédicures podologues. La démarche qualité évolue. Repères 2019;43:17-23.
86. Ordre national des pharmaciens. Déploiement d'une démarche qualité à l'officine : la qualité en officine, un engagement collectif au service des usagers du système de santé. Paris: ONP; 2018.
http://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/layout/set/print/content/download/462675/2130232/version/1/file/Feuille+de+route+Ministre_d%C3%A9cembre+2018+vF2+%281%29.pdf
87. Orlando MS, Greenberg CC, Pavuluri Quamme SR, Yee A, Faerber AE, King CR. Surgical coaching in obstetrics and gynecology: an evidence-based strategy to elevate surgical education and promote lifelong learning. *Am J Obstet Gynecol* 2022.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.006>
88. Greenberg CC, Dombrowski J, Dimick JB. Video-Based surgical coaching: an emerging approach to performance improvement. *JAMA Surg* 2016;151(3):282-3.
<http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2015.4442>
89. Fondation MACSF, Harris Interactive. Le regard des français et des professionnels de santé sur la communication patients / soignants. Etude Harris Interactive pour la Fondation MACSF. Paris: Fondation MACSF; 2014.
http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2015/09/CP_HIFR_MACSF_230_92014.pdf
90. Loblaw DA, Bezjak A, Bunston T. Development and testing of a visit-specific patient satisfaction questionnaire: the Princess Margaret Hospital Satisfaction With Doctor Questionnaire. *J Clin Oncol* 1999;17(6):1931-8.
<http://dx.doi.org/10.1200/jco.1999.17.6.1931>
91. Barlési F, Chabert-Greillier L, Loundou A, Siméoni MC, Greillier L, Doddoli C, *et al.* Validation de la version française du Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD) : le F-PMH/PSQ MD. *Rev Mal Respir* 2006;23:227-36.
92. Cowan DT, Jenifer Wilson-Barnett D, Norman IJ, Murrells T. Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *Int J Nurs Stud* 2008;45(6):902-13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.004>
93. American Association of Colleges of Nursing, American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, Association of Schools of Public Health, American Association of Colleges of Pharmacy, American Dental Education Association, Association of American Medical Colleges. Core competencies for interprofessional collaborative practice. Report of an expert panel. IPEC. May 2011. Washington: AACOM; 2011.
<https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf>
94. Lockeman KS, Dow AW, DiazGranados D, McNeilly DP, Nickol D, Koehn ML, *et al.* Refinement of the IPEC competency self-assessment survey: results from a multi-institutional study. *J Interprof Care* 2016;30(6):726-31.
<http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1220928>
95. Lockeman KS, Dow AW, Randell AL. Validity evidence and use of the IPEC Competency Self-Assessment, Version 3. *J Interprof Care* 2021;35(1):107-13.
<http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2019.1699037>
96. Kottorp A, Keehn M, Hasnain M, Gruss V, Peterson E. Instrument refinement for measuring self-efficacy for competence in interprofessional collaborative practice: development and psychometric analysis of IPECC-SET 27 and IPECC-SET 9. *J Interprof Care* 2019;33(1):47-56.
<http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2018.1513916>
97. Hasnain M, Gruss V, Keehn M, Peterson E, Valenta AL, Kottorp A. Development and validation of a tool to assess self-efficacy for competence in interprofessional collaborative practice. *J Interprof Care* 2017;31(2):255-62.
<http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1249789>
98. Murphy D, Aitchison P, Hernandez Santiago V, Davey P, Mires G, Nathwani D. Insightful Practice: a robust measure of medical students' professional response to feedback on their performance. *BMC Med Educ* 2015;15:125.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-015-0406-2>

99. Campbell J, Narayanan A, Burford B, Greco M. Validation of a multi-source feedback tool for use in general practice. *Educ Prim Care* 2010;21(3):165-79. <http://dx.doi.org/10.1080/14739879.2010.11493902>

100. Wright C, Richards SH, Hill JJ, Roberts MJ, Norman GR, Greco M, *et al.* Multisource feedback in evaluating the performance of doctors: the example of the UK General Medical Council patient and colleague questionnaires. *Acad Med* 2012;87(12):1668-78. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182724cc0>

101. Monahan L, Zhao M, Monahan M, Acker K, Sandrik M. Physician residents shadowing a certified WOC nurse to develop interprofessional competencies: a quality improvement project. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2022;49(1):29-33. <http://dx.doi.org/10.1097/won.0000000000000836>

102. Baines R, Zahra D, Bryce M, de Bere SR, Roberts M, Archer J. Is collecting patient feedback "a futile exercise" in the context of recertification? *Acad Psychiatry* 2019;43(6):570-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-019-01088-w>

103. Sehlbach C, Govaerts MJB, Mitchell S, Teunissen TGJ, Smeenk F, Driessen EW, *et al.* Perceptions of people with respiratory problems on physician performance evaluation-A qualitative study. *Health Expect* 2020;23(1):247-55. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12999>

104. Baker R, Smith A, Tarrant C, McKinley RK, Taub N. Patient feedback in revalidation: an exploratory study using the consultation satisfaction questionnaire. *Br J Gen Pract* 2011;61(591):e638-44. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X601343>

105. Murphy DJ, Guthrie B, Sullivan FM, Mercer SW, Russell A, Bruce DA. Insightful practice: a reliable measure for medical revalidation. *BMJ Qual Saf* 2012;21(8):649-56. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000429>

106. Al Khalifa K, Al Ansari A, Violato C, Donnon T. Multisource feedback to assess surgical practice: a systematic review. *J Surg Educ* 2013;70(4):475-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2013.02.002>

107. Narayanan A, Farmer EA, Greco MJ. Multisource feedback as part of the Medical Board of Australia's Professional Performance Framework: outcomes from a preliminary study. *BMC Med Educ* 2018;18(1):323. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1432-7>

108. Pascual-Ramos V, Flores-Alvarado DE, Portela-Hernández M, Maldonado-Velázquez MDR, Amezcua-Guerra LM, López-Zepeda J, *et al.* Communication skills in candidates for accreditation in rheumatology are correlated with candidate's performance in the objective structured clinical examination. *Reumatol Clin (Engl Ed)* 2019;15(2):97-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.06.007>

109. Rothenfluh F, Schulz PJ. Physician rating websites: what aspects are important to identify a good doctor, and are patients capable of assessing them? A mixed-methods approach including physicians' and health care

consumers' perspectives. *J Med Internet Res* 2017;19(5):e127. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6875>

110. Morrell J, Stratman EJ. Relationship between physicians' active participation in maintenance of certification and patients' perspective of care surveys. *J Patient Exp* 2016;3(2):43-7. <http://dx.doi.org/10.1177/2374373516652232>

111. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, *et al.* Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2019;171(8):555-67. <http://dx.doi.org/10.7326/m19-1152>

112. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, Del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of workload on primary care nurses' health and burnout, patients' safety, and quality of care: integrative review. *Healthcare* 2020;8(1). <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8010012>

113. Burney DW, III. Surgeon-patient communication: the key to patient satisfaction, patient-centered care, and shared decision making. *Instr Course Lect* 2017;66:659-65.

114. Snelling PC. The metaethics of nursing codes of ethics and conduct. *Nurs Philos* 2016;17(4):229-49. <http://dx.doi.org/10.1111/nup.12122>

115. Tsou AY, Creutzfeldt CJ, Gordon JM. The good doctor: professionalism in the 21st century. *Handb Clin Neurol* 2013;118:119-32. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-444-53501-6.00009-3>

116. Kassutto SM, Shah RJ. Patient satisfaction: why and how patients grade you and your pulmonary practice. *Chest* 2015;148(3):833-8. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.15-0223>

117. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff* 2010;29(7):1310-8. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>

118. Guillemin M, Archer J, Nunn S, de Bere SR. Revalidation: Patients or process? Analysis using visual data. *Health Policy* 2014;114(2-3):128-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.12.006>

119. Browne J, Bullock A, Poletti C, Cserző D. Recent research into healthcare professions regulation: a rapid evidence assessment. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-06946-8>

120. Ministère des affaires sociales et de la santé, Le défenseur des droits. Usagers de la santé : votre santé, vos droits. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014.

121. Ordre national des infirmiers. Pour un système de santé plus proche plus efficient et plus durable. Propositions de l'Ordre national des infirmiers. Paris: ONI; 2022. <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/contribution%20presidentiel%202022/Contribution%20presidentielle%20VF.pdf>

122. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. Bull Acad Natl Med 2021;205(8):857-66.
123. Silber D. Le praticien connecté. 2ième édition. Paris: Edimark; 2021.
124. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Paris: CNGOF; 2021.
<http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>
125. Ordre des masseurs kinésithérapeutes. Pour une relation thérapeutique saine et sécurisée. Prévention des violences sexuelles au sein d'un cabinet de kinésithérapie. Paris: Ordre des masseurs kinésithérapeutes; 2022.
https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2022/06/corre-tions-du-02062022_guide-violences-sexuelles_bd.pdf
126. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille de la solidarité, Ministère de la santé et des sports. Diplôme d'état d'infirmier : référentiel de compétences. Arrêté du 31 juillet 2009 - Annexe 2. BO Santé 2009;2009/7:266-74.
127. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. Annexe II. Référentiel de compétences. Bulletin Officiel Santé 2015;2015/8:21-36.
128. Fédération nationale des collèges des spécialités chirurgicales, Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Référentiels métier et compétences en chirurgie : gynécologie, obstétrique, orthopédie, traumatologie, urologie. Paris: Fédération nationale des collèges des spécialités chirurgicales; 2007.
129. Collège national des généralistes enseignants. Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale. Poitiers: CNGE; 2021.
<https://medphar.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2021/09/Referentiel-niveaux-de-competence-en-MG.pdf>
130. Collège de neurochirurgie. Référentiel métier/compétences du neurochirurgien. Limoges: Collège de neurochirurgie; 2007.
https://neuro-dev.unilim.fr/IMG/pdf/pdf_referentiel_de_compences_neurochirurgien_dif_1_.pdf
131. Conseil professionnel de la radiologie médicale française, Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Référentiel métier et compétences du médecin radiologue. Paris: Conseil professionnel de la radiologie médicale française; 2010.
http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2012/20120207-102428-531/src/htm_fullText/fr/Referentiel_Radiologue_2010-10_vLight-Finale.pdf
132. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 19 mai 2016 modifiant l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue. BO santé 2016;2016/6:1-32.
133. Société française de pharmacie clinique. Référentiel de pharmacie d'officine. Paris: SFPC; 2014.
<https://uspo.fr/wp-content/uploads/2014/01/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Opharmacie%20d%27officine.pdf>
134. Collectif des associations et de syndicats de sages-femmes, Conseil national de l'ordre des sages femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris: CASSF; 2010.
<https://ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
135. Uzan S. Mission recertification des médecins. Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000712.pdf>
136. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
137. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Amélioration des pratiques et sécurité des patients. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf
138. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etats des lieux. Saint-Denis-La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
139. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
140. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
141. Haute Autorité de Santé. Communiquer avec son patient. Faire dire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf
142. Institut national du cancer. Plan cancer : 2003-2007. Paris: Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer; 2003.

https://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf

143. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins - Maladie chronique. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf

144. Haute Autorité de Santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Points essentiels du guide parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_annonce_diagnostic_format_court_web.pdf

145. Haute Autorité de Santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Guide et parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_annonce_diagnostic_web.pdf

146. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. Synthèse de l'état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

147. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient. Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Rapport. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_prem_2021.pdf

148. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Approche théorique et critères opérationnels. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/iqss_guide_proms_general_2021.pdf

149. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante dans la prise en charge de la maladie rénale chronique. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/iqss_guide_proms_mrc_avril_2022.pdf

150. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins dans le cadre de l'expérimentation Episode de soins. A propos de 3 épisodes de soins. Prothèse totale de hanche programmée. Prothèse totale de genou programmée. Colectomie pour cancer. Indicateurs pour l'amélioration de

la qualité et de la sécurité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss_2019_aide_utilisation_proms_eds.pdf

151. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/iqss_guide_proms_specifiques_bpc_2021.pdf

152. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de syndrome coronarien chronique. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/iqss_2021_guide_proms_specifiques_scc.pdf

153. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Guide de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf

154. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Méthode du patient traceur. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/grille_devaluation_methode_du_patient_traceur_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf

155. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité du télésoin. Bonnes pratiques pour la mise en œuvre. Rapport d'élaboration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/qualite_et_securite_du_telsoin_-_criteres_deligibilite_et_bonnes_pratiques_pour_la_mise_en_oeuvre_-_rapport_delaboration.pdf

156. Health Professions Council. Continuing fitness to practise: towards an evidence-based approach to revalidation. London: HPC; 2009.

<https://www.hcpc-uk.org/globalassets/resources/reports/continuing-fitness-to-practise---towards-an-evidence-based-approach-to-revalidation.pdf?v=636785062220000000>

157. World Health Organization, International Labour Organization. Caring for those who care : Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. Geneva: WHO; 2022.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1407943/retrieve>

158. Association Médicale Mondiale. Déclaration de Genève. Genève: WMA; 2020.

<https://www.wma.net/fr/polices-post/declaration-de-geneve/>

159. Estryng-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machel G, Pelloux P, *et al.* Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study. *Emerg Med J* 2011;28(5):397-410.
<http://dx.doi.org/10.1136/emj.2009.082594>
160. Estryng-Behar M, Le Nezet O, Duville N, Caillard JF. Résultats de l'enquête PRESST/NEXT. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Prévention des départs prématurés de la profession. Paris; 2005.
<http://sudarchive.free.fr/2005/Brochure%20PRESST-NEXT.pdf>
161. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Gallet AM, Sasso MO. Prévenir les risques professionnels : guide méthodologique à destination des établissements du secteur public sanitaire et social. Lyon: Editions de l'ANACT; 2005.
162. Direction générale de l'administration et de la fonction publique. Plan santé au travail dans la fonction publique : 2022-2025. Paris: Ministère de la transformation et de la fonction publique; 2022.
https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/hors_collections/Plan_Sante_Travail_FP_2022_2025.pdf
163. Fabregas B. Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres [En ligne]: Infirmiers.com; 2017.
<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/suicide-et-professionnels-de-sante-poids-chiffres.html>
164. Lucas G, Colson S, Boyer L, Gentile S, Fond G. Work environment and mental health in nurse assistants, nurses and health executives: Results from the AMADEUS study. *J Nurs Manag* 2022.
<http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13599>
165. Epstein S, Sparer EH, Tran BN, Ruan QZ, Dennerlein JT, Singhal D, *et al.* Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among surgeons and interventionalists: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg* 2018;153(2):e174947.
<http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2017.4947>
166. Epstein S, Tran BN, Capone AC, Ruan QZ, Lee BT, Singhal D. Work-related musculoskeletal disorders among plastic surgeons: a systematic review. *J Reconstr Microsurg* 2018;34(8):553-62.
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1608680>
167. Ryan MT, Montgomery EA, Fryer J, Yang AW, Mills C, Watson N, *et al.* Ergonomics in otolaryngology: a systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope* 2022.
<http://dx.doi.org/10.1002/lary.30216>
168. Maxner A, Gray H, Vijendren A. A systematic review of biomechanical risk factors for the development of work-related musculoskeletal disorders in surgeons of the head and neck. *Work* 2021;69(1):247-63.
<http://dx.doi.org/10.3233/wor-213474>
169. ZakerJafari HR, YektaKooshali MH. Work-related musculoskeletal disorders in iranian dentists: a systematic review and meta-analysis. *Saf Health Work* 2018;9(1):1-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2017.06.006>
170. Kamoun S, Youssef I, El Khefi H, Amri A. Étude des contraintes gestuelles et posturales au poste de chirurgien dentiste. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2018;79(3):367.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2018.03.341>
171. Clari M, Godono A, Garzaro G, Voglino G, Gualano MR, Migliaretti G, *et al.* Prevalence of musculoskeletal disorders among perioperative nurses: a systematic review and META-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2021;22(1):226.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12891-021-04057-3>
172. Chang WP, Peng YX. Differences between fixed day shift nurses and rotating and irregular shift nurses in work-related musculoskeletal disorders: A literature review and meta-analysis. *J Occup Health* 2021;63(1):e12208.
<http://dx.doi.org/10.1002/1348-9585.12208>
173. Long MH, Johnston V, Bogossian F. Work-related upper quadrant musculoskeletal disorders in midwives, nurses and physicians: a systematic review of risk factors and functional consequences. *Appl Ergon* 2012;43(3):455-67.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2011.07.002>
174. Allouche W, El Amri I, Benali B, El Kholti A. Troubles musculosquelettiques chez les kinésithérapeutes. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2016;77(3).
175. Galeoto G, Aloisi A, Mollica R, Servadio A, Santilli V, Vanacore N. [An evaluation of work-related musculoskeletal disorders in physiotherapists: a systematic review.]. *G Ital Med Lav Ergon* 2020;42(1):16-28.
176. Vieira ER, Schneider P, Guidera C, Gadotti IC, Brunt D. Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists: a systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2016;29(3):417-28.
<http://dx.doi.org/10.3233/bmr-150649>
177. Ponomareva A, Monnet S, Beauvois E. Les TMS et leurs facteurs de risque chez les MK libéraux. *Kinesither Rev* 2009;88:56-60.
178. Chouchane A, Kacem I, Boughattas W, Maoua M, Aroui H, El-Guedri S, *et al.* Prévalence et facteurs associés aux troubles musculo-squelettiques du membre supérieur chez les sages-femmes : une étude réalisée dans la région de Sousse (Tunisie). *Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement* 2018;79(3):359-60.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2018.03.324>
179. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Saint-Denis La Plaine; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf
180. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Burn out chez les chirurgiens dentistes : le choc. *La lettre* 2018;166:3-9.

181. Truchot D, Bestagne I. Le burn-out des cadres infirmiers. *Objectif soins et management : la revue des cadres de santé* 2018;262(04-05):18-21.
182. Baudry M, Briansoulet M, Perrochon A. Relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *Kinesither Rev* 2020;20(221):3-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2020.02.013>
183. Dusmesnil H, Serre BS, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants. *Sante publique* 2009;21(4):355-64.
184. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med* 2004;33(22):1569-74.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0755-4982\(04\)98994-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0755-4982(04)98994-4)
185. Union régionale des médecins libéraux. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Paris: URML; 2007.
https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
186. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2013;63(608):e217-24.
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X664270>
187. Conseil national de l'ordre des médecins, Morali J. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. De la prévention et à la promotion de la santé des médecins. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
188. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France : méta-analyse (2000-2017) [Thèse de doctorat]. Marseille: Faculté de médecine de Marseille; 2017.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01876310/document>
189. Collège national des sages-femmes. Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France. Volet 1 : enquête quantitative. Paris: CNSF; 2020.
https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAtre-Bien-%C3%AAtre.pdf
190. Dupret E, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M. Le COPSOQ: un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques *Sante publique* 2012;24(3):189-207.
191. Hastoy A. Burnout en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier [Docteur en médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2013.
[https://www.psychanalyse.com/pdf/BURN%20OUT%20ET%20MATERNITE%20-%20ETUDE%20DES%20SOIGNANTS%20A%20L%20HOPITAL%20-%20THESE%202013%20\(108%20pages%20-%20877%20ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/BURN%20OUT%20ET%20MATERNITE%20-%20ETUDE%20DES%20SOIGNANTS%20A%20L%20HOPITAL%20-%20THESE%202013%20(108%20pages%20-%20877%20ko).pdf)
192. Observatoire régional de la santé du Limousin. La souffrance des soignants en Limousin. Volet 2 : les sages-femmes. Limoges: Observatoire régional de la santé du Limousin; 2016.
https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2016/07/286-02-2016_BurnOut_SF_Synth.pdf
193. Machet G, Estry-Béhar M, Guetami K, Fry C, Doppia MA, Aune I, *et al.* Activité des pharmaciens hospitaliers et satisfaction professionnelle. Résultats de l'enquête SESMAT. *Le pharmacien hospitalier et clinicien* 2011;46(3):177-87.
194. Gafsou B, Becq MC, Michelet D, Julien-Marsollier F, Brasher C, Dahmani S. Determinants of work-related quality of life in french anesthesiologists. *Anesth Analg* 2021;133(4):863-72.
<http://dx.doi.org/10.1213/ane.0000000000005397>
195. Roman S, Prévost C. Prévenir l'épuisement de nos équipes. Ca vaut le coup ! *Le médecin du Québec* 2018;53(12):41-5.
196. Martin-Gill C, Barger LK, Moore CG, Higgins JS, Teasley EM, Weiss PM, *et al.* Effects of napping during shift work on sleepiness and performance in emergency medical services personnel and similar shift workers: a systematic review and meta-analysis. *Prehosp Emerg Care* 2018;22(sup1):47-57.
<http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2017.1376136>
197. Chapman HR, Chipchase SY, Bretherton R. The evaluation of a continuing professional development package for primary care dentists designed to reduce stress, build resilience and improve clinical decision-making. *Br Dent J* 2017;223(4):261-71.
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.712>
198. Lamy S, de Gaudemaris R, Sobaszek A, Caroly S, Descatha A, Lang T. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Sante Publique* 2013;25(4):389-97.
<http://dx.doi.org/10.3917/spub.134.0389>
199. Roman S, Cummings S. La médecine, c'est pas reposant ! *Le médecin du Québec* 2009;44(9):31-5.
200. Johnson C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Le médecin du Québec* 2009;44(9):37-41.
201. Prévost C, Roman S. Satisfaction professionnelle et conditions de pratique deux éléments qui ont leur importance. *Le médecin du Québec* 2009;44(9):55-61.
202. Cummings S. Un médecin de chaque côté du bureau. A chacun son défi ! *Le médecin du Québec* 2018;53(12):31-4.
203. American Medical Association. Success story: reduce burnout with local and organization-wide initiatives [En ligne]. Chicago: AMA; 2017.
https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702525?resultClick=1&bypassSolrId=J_2702525
204. American Medical Association, Shanafelt T. Cultivating leadership : measure and assess leader behaviors to improve professional well-being. Chicago: AMA; 2020.
<https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2774089>

205. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins* 2009;40(1):39-48. <http://dx.doi.org/10.3917/pos.401.0039>
206. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3(4):322-55. <http://dx.doi.org/10.1037//1076-8998.3.4.322>
207. Larocque B, Brisson C, Blanchette C. Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998;46(5):371-81.
208. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, *et al.* Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987;18(3):233-7. [http://dx.doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-x](http://dx.doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-x)
209. Björkstén MG, Boquist B, Talbäck M, Edling C. The validity of reported musculoskeletal problems. A study of questionnaire answers in relation to diagnosed disorders and perception of pain. *Appl Ergon* 1999;30(4):325-30. [http://dx.doi.org/10.1016/s0003-6870\(98\)00033-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0003-6870(98)00033-7)
210. Cohen S. Perceived stress scale. Menlo Park: mindgarden; 1994. <https://www.mindgarden.com/documents/PerceivedStressScale.pdf>
211. Lesage FX, Berjot S, Deschamps F. Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *Int J Occup Med Environ Health* 2012;25(2):178-84. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-012-0024-8>
212. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
213. Pellet J. L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg, MADRS. Dans: Guelfi JD, ed. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Paris: Editions médicales Pierre Fabre ; 1997. p. 203-8. <https://www.psychiaclic.fr/media/pages/ressources/ressource-lien/82949d2960-1633341129/madrs.pdf>
214. Bondolfi G, Jermann F, Rouget BW, Gex-Fabry M, McQuillan A, Dupont-Willemin A, *et al.* Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: evaluation in clinical practice. *J Affect Disord* 2010;121(3):268-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.037>
215. Nguyen TLC. Validation de la version française de l'échelle d'auto-évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg MADRS-S [thèse de doctorat] Genève: Université de Genève; 2014.
216. Niedhammer I, David S, Degioanni S. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail: le "Leymann Inventory of Psychological Terror" (LIPT). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006;54(3):245-62. [http://dx.doi.org/10.1016/s0398-7620\(06\)76720-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0398-7620(06)76720-7)
217. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
218. Lépine JP, Pelissolo A, Téodorescu R, Téhérani M. Evaluation des propriétés psychométriques de la version française du questionnaire tridimensionnel de la personnalité (TPQ). *L'Encephale* 1994;20(6):747-53.
219. Faye-Dumanget C, Carré J, Le Borgne M, Boudoukha PAH. French validation of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). *J Eval Clin Pract* 2017;23(6):1247-51. <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12771>
220. Inspection générale des affaires sociales, Desailly-Chanson MA, Siahmed H. Etablissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. Tome I. Paris: Igas; 2016. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I_2.pdf
221. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_2016.pdf
222. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui soignent. Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf
223. Haute Autorité de Santé. Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 - Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. Fiche. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr_souffrance_des_professionnels_du_monde_la_sante_version_cd_vdef_dlg_mel.pdf
224. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Référentiel. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf
225. Kaminska M, Jobin V, Mayer P, Amyot R, Perraton-Brillon M, Bellemare F. The Epworth Sleepiness Scale: self-administration versus administration by the physician, and validation of a French version. *Can Respir J* 2010;17(2):e27-34. <http://dx.doi.org/10.1155/2010/438676>
226. Académie nationale de médecine, Olié JP, Légéron P. Le burn-out. Paris: Académie nationale de médecine; 2016.

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>

227. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf

228. Collège français des anesthésistes réanimateurs. Conduite à tenir face à un collègue aux propos suicidaires. Points-clés. Paris: CFAR; 2016.

<https://prevention-soignant.fr/wp-content/uploads/2019/07/fichecfarconduiteatenirfaceauncollegueauxpropossuicidaires-cfar.pdf>

229. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Inrs, Anact. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. Paris: Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail; 2015.

https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

230. General Medical Council. Guidance on supporting information for appraisal and revalidation. Manchester: General Medical Council; 2020.

https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/rt---supporting-information-for-appraisal-and-revalidation---dc5485_pdf-55024594.pdf?la=en&hash=1CA018A10A29AEEA7CDE433E0B901B97DFE96402

231. General Pharmaceutical Council. Revalidation framework. London: GPhC; 2018.

https://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/document/gphc_revalidation_framework_january_2018.pdf

232. Programme d'aide aux médecins du Québec. Autoévaluation de sa détresse en situation de stress aigu. Montréal: PAMQ; 2022.

<https://www.pamq.org/wp-content/uploads/2022/04/Autoevaluation-de-sa-detresse-en-situation-de-stress-aigu.pdf>

233. Programme d'aide aux médecins du Québec. Prendre ses signes vitaux psychologiques. Montréal: PAMQ; 2021.

<https://www.pamq.org/wp-content/uploads/2021/08/Prendre-ses-signes-vitaux-psychologiques.pdf>

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

